

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de  
médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Jon Subinas Garralda**

**Director**

**Eduardo Crespo Suárez**

**Madrid, 2018**

# **INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y DESIGUALDAD: EL CASO DE LAS ENTIDADES DE MÉDICOS TRADICIONALES EN LA COMARCA NGÄBE BUGLÉ.**

Programa: Sociología y Antropología.  
Doctorando: Jon Subinas Garralda.  
Director de la tesis doctoral: Eduardo Crespo Suarez.  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.  
Universidad Complutense de Madrid.  
Madrid, 2017.



La presente tesis doctoral esta dedicada a Mirella Porras y a Jaime Arias, las dos personas que me abrieron las puertas de su casa y las puertas del país. Además de considerarlos como mi familia, para mi son una referencia ética e intelectual por su sabio juicio, su compromiso, y su generosidad en pro del desarrollo del país y por la defensa de los más desfavorecidos en un maravilloso país tan lleno de contrastes como es Panamá.



## Índice

1. Resumen .	1
2. Abstract .	5
3. Introducción .	11
4. Planteamiento de la investigación .	19
4.1. Consideraciones teóricas previas y objetivos de la investigación.	19
4.2. Hipótesis y preguntas de la investigación.	27
4.3. Metodología.	29
4.3.1. Fuentes documentales.	33
4.3.2. Entrevistas individuales y grupales.	35
5. El Canal de Panamá y las Comarcas Indígenas: una sociedad dual .	39
5.1. Panamá y el Canal. Principales claves e indicadores del Singapur Latinoamericano.	39
5.2. Panamá una sociedad dual.	45
5.3. Contextualización histórica: El Canal y Panamá.	51
6. Las reivindicaciones y las luchas políticas de los indígenas panameños. “La visibilización” de los indígenas por medio del conflicto .	61
7. Los ngöbes y la Comarca Ngäbe-Buglé .	73
7.1. Los ngöbes de Panamá.	74
7.2. Los ngöbes de Costa Rica.	77
7.3. Historiografía de la Comarca y la especial impronta de Mama Chi en la constitución de la Comarca.	79
7.4. La Comarca Ngäbe Buglé en la actualidad.	89
8. La situación sociosanitaria en la Comarca Ngäbe Buglé y la medicina tradicional .	97
8.1. La crisis socio sanitaria en la Comarca Ngäbe Buglé.	97
8.2. ¿Qué es la medicina tradicional?	103
8.3. La medicina tradicional y las medicinas alternativas y complementarias.	107
8.4. Situación de la medicina tradicional en Latinoamérica.	111
8.5. La medicina tradicional indígena y los sistemas de salud en las sociedades indígenas en América Latina.	117
8.6. El buen vivir.	121
8.7. El concepto de salud-enfermedad entre los ngöbes.	127
8.8. Situación de la medicina tradicional en Panamá.	133
8.9. Los médicos tradicionales, sukias y botánicos, sus prácticas sociosanitarias, y las entidades de médicos tradicionales.	139
9. La desigualdad multidimensional .	150

9.1.	Un balance ambivalente: crecimiento y desigualdad. ....	150
9.2.	La desigualdad en Panamá: mala distribución, discriminación y exclusión. ...	151
9.3.	Principales damnificados de la desigualdad en Panamá: las comarcas indígenas. ....	152
9.4.	Las capacidades y el enfoque de las capacidades como marco de análisis de las desigualdades. ....	154
9.4.1.	El concepto de las capacidades. ....	154
9.4.2.	Otros enfoques para analizar la desigualdad. ....	161
9.5.	Un acercamiento multidimensional a la desigualdad. Las escalas de justicia: redistribución, reconocimiento y representación, como las dimensiones económicas, culturales y políticas de la desigualdad. ....	164
9.6.	De la pobreza multidimensional a la desigualdad multidimensional. ....	169
10.	<b>I n t e r c u l t u r a l i d a d   e n   s a l u d .</b> ....	177
10.1.	El Buen Vivir como enfoque: Un planteamiento de interculturalidad alternativo al desarrollo. ....	177
10.2.	Definición de la interculturalidad en salud. ....	189
10.3.	El pluralismo médico como práctica de interculturalidad de salud en el modelo de la autoatención. ....	192
10.4.	Experiencias del pasado y de la actualidad de interculturalidad en salud en Latinoamérica. ....	196
10.5.	Beneficios e impactos de las experiencias de salud intercultural. ....	201
10.6.	Riesgos y limitaciones de la salud intercultural. ....	204
10.7.	Principales claves de la interculturalidad en salud en la Comarca Ngäbe Buglé. ....	206
11.	<b>A n á l i s i s   d e l   m a t e r i a l   e m p í r i c o ,   f u e n t e s   d o c u m e n t a l e s   y   e n t r e v i s t a s</b> ....	213
11.1.	La desigualdad en Panamá. ....	214
11.1.1.	Los discursos y opiniones sobre la pobreza. ....	214
11.1.2.	Los discursos sobre la desigualdad del PNUD-Panamá, la pobreza multidimensional. ....	225
11.1.3.	El discurso ‘transitista’ y la ‘desigualdad territorial’. ....	233
11.2.	La imagen de lo ngöbe en Panamá. ....	238
11.2.1.	Lo indígena como un problema: ‘la cultura del déficit’. ....	239
11.2.2.	Lo ngöbe como lo primitivo y lo irracional. El mito del “buen salvaje” y la irrupción política de los ngöbes. ....	244
11.2.3.	Lo ngöbe como lo invisible que se visibiliza a través del conflicto violento. ....	246
11.3.	Las prácticas sociosanitarias en la Comarca Ngäbe Buglé y la interculturalidad en salud. ....	249
11.3.1.	La “Medicina Basada en la Indigencia” frente a la “Medicina Basada en la Evidencia”. ....	249
11.3.2.	Iniciativas de interculturalidad en el sistema formal de salud. ....	255
11.3.3.	La cultura más allá de la etnicidad: desigualdad cultural, política y económica como claves de la interculturalidad en salud. ....	261
11.3.4.	Dos medicinas tradicionales: La botánica tradicional ( <i>los kroko dianko</i> ) y el chamanismo ( <i>los sukia</i> ). Los síndromes de filiación cultural y el pluralismo médico. ....	267
11.3.5.	Las prácticas médicas tradicionales y la atención de Ichi Druribo. ....	278

11.3.6.	Las prácticas médicas tradicionales y la atención médica de ASASTRAN .....	282
11.3.7.	El chamanismo en la comarca, los sukias y la hechicería.....	289
11.3.8.	Un proyecto de interculturalidad como conocimiento situado: La Universidad Ngäbe Buklé.....	290
11.3.9.	Tres posiciones frente a la interculturalidad en salud y las prácticas socio sanitarias: Los tradicionalistas, los desarrollistas y las posiciones híbridas.	296
12.	Conclusiones .....	303
	BIBLIOGRAFÍA: .....	318





# 1. Resumen.

---

La interculturalidad en salud en América Latina supone la armonización, o la fusión, o la mezcla, o la complementariedad de dos culturas médicas: la tradicional indígena, que es la cultura originaria (que estaba presente cuando los europeos llegaron a América), y la occidental, que tiene el rango reconocido de científica. De estas dos culturas una es hegemónica y dominante, la científica, y la otra es subalterna y subordinada, la tradicional (Menéndez, 1990).

Es importante destacar, que en la presente tesis doctoral no se pretende poner en cuestión la ciencia médica, no se parte de una postura epistemológica relativista, sino que se entiende como factible reconocer el valor y la utilidad de las formas ancestrales de curación como una forma de integración y de mejora de la vida de la población que reside en las comarcas indígenas en Panamá.

Metodológicamente, la presente investigación está caracterizada por el pluralismo. Sirven de base, principalmente, el análisis de fuentes documentales, informes oficiales, estadísticos y técnicos de organismos panameños (MINSA, INEC, etc) y de organismos multilaterales (PNUD, OMS, OPS, etc), y en menor medida, entrevistas a informantes clave, expertos, líderes sociales y políticos, personal sociosanitario, médicos tradicionales y pacientes.

Desde los pueblos indígenas latinoamericanos se ha planteado un “enfoque” alternativo al del “desarrollo”: el del buen vivir. A diferencia de las concepciones más esquemáticas que parten de una concepción lineal que va de un estado de subdesarrollo al desarrollo, se plantea desde diferentes pueblos indígenas una alternativa política, cultural y económica en la cual “el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro entre otros”, son determinantes (Acosta, 2010).

El buen vivir ha quedado reflejado y reconocido en las nuevas Constituciones Políticas de Ecuador (2008) y de Bolivia (2009), en una apuesta por transformar dichos estados en modelos referenciales de interculturalidad, proponiendo el buen vivir como una alternativa de organización social.

Panamá es un país orientado al comercio internacional, la logística, la construcción y los servicios de intermediación financiera. Fruto de un acelerado proceso de crecimiento económico en la última década, es conocido en medios periodísticos como el Singapur latinoamericano. Otras características destacables del Istmo son la fuerte concentración de la actividad económica y de la riqueza en el eje Ciudad de Panamá (en el Pacífico) - Colón (en el

Atlántico): El Canal de Panamá, y las graves carencias en las zonas rurales y, especialmente, en las comarcas indígenas. En este sentido podemos hablar de una sociedad dual.

Panamá es el único país en Latinoamérica que ha adoptado el modelo de las Comarcas Indígenas como medio de reconocimiento institucional de los derechos culturales y políticos de los pueblos originarios. En el marco jurídico administrativo comarcal se reconoce la colectividad de la tierra, a los Congresos como organismo tradicional (Congreso General, Congreso Regional, Congreso Local), a las autoridades tradicionales (caciques), y a las costumbres y tradiciones del pueblo indígena.

Pero las comarcas indígenas como modelo social cuentan con un destacado pasivo, el desproporcionado grado de marginalidad y pobreza, con indicadores sociales similares a Haití o a países del África Subsahariana. Las Comarcas demandan unos mínimos niveles de equidad política y económica, y también demandan el reconocimiento de su diversidad, como claves para su desarrollo.

En el caso de la Comarca Ngöbe Buglé esta tiene la tasa de pobreza más alta de la República, un 89,2%, con una tasa de analfabetismo del 30%, y una desnutrición infantil del 71% entre los 6 y los 9 años, según datos de la Contraloría General de la República.

Dentro de todos los problemas que afectan a la Comarca Ngöbe Buglé tiene un papel destacado las deficiencias en su situación sociosanitaria. La Comarca tiene las mayores tasas de morbilidad y mortalidad general, y sus tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son las más elevadas. En la Comarca Ngäbe–Buglé, la tasa de mortalidad infantil casi duplica la tasa de la provincia de Panamá, 19,3 frente 10,9 (por cada 1000 nacidos vivos), y la tasa de mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional, con 297 muertes en 2011 frente a las 80,5 muertes por cada cien mil nacidos vivos (MINSA, 2013), hechos que han provocado incumplimientos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados para el 2015 por el Sistema de las Naciones Unidas.

En la Comarca hay menos de 3 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes, dato que queda muy alejado de los 25 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes que aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las infraestructuras sanitarias son insuficientes, solo 2 de los 10 centros de salud presentes en la Comarca, disponen de un laboratorio para hacer pruebas que les permitan poder elaborar diagnósticos básicos.

Según el estudio del MINSA y de la OPS “Diagnóstico Situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá”, un 64,2% de los encuestados considera que la distancia a su centro de salud es un importante obstáculo sanitario, lo que tiene como consecuencia que en algunas ocasiones solo queda la medicina tradicional como único recurso para solucionar sus

problemas sanitarios. Según la ENV (Encuesta de Niveles de Vida), el tiempo de desplazamiento en busca de atención médica, desde el hogar hasta el lugar de tratamiento médico, es más alto entre los ngöbes (55 minutos) que en el total de los indígenas (41 minutos). Con respecto a la atención hospitalaria, el tiempo puede fluctuar entre horas y días, dependiendo de la ubicación de la comunidad de residencia del paciente, el medio de transporte y las condiciones meteorológicas (MINSA, 2013).

El sistema formal salud no es capaz de atender a una parte de la población comarcal, por los insuficientes recursos e infraestructuras, por lo que los moradores de la Comarca Ngöbe en muchas ocasiones utilizan la medicina tradicional como alternativa a la medicina científica. El reconocimiento de la medicina tradicional se ha entendido como el camino más rápido a resolver las deficiencias del sistema formal de salud, pero este reconocimiento formal no dispone de una transferencia de recursos adecuada, por lo que podemos entenderlo como un “reconocimiento sin redistribución” (Fraser, 1997).

La medicina tradicional comprende una serie de prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales ancestrales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la llegada de los europeos a América. Sus conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la identidad y la idiosincrasia cultural indígena. Este tipo de prácticas se han modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades. Estas prácticas médicas lejos de desaparecer han resurgido en la actualidad. Las curas tradicionales a base de hierbas o los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también tienen muchos denominadores comunes.

En el caso panameño a pesar de las legislaciones en pro de la interculturalidad en salud, las formas tradicionales de curación siguen sufriendo un alto grado de discriminación por parte del sistema formal de salud considerándolas primitivas, inferiores, irracionales.

En el caso de la Comarca Ngöbe Buglé es destacado el caso de los médicos tradicionales y sus entidades (Asastran e Ichi Druribo). Estas entidades son actores emergentes que buscan legitimar las formas tradicionales de curación en un proyecto de interculturalidad en salud que entiende y reconoce “el pluralismo médico” como práctica que integra la biomedicina y la medicina tradicional, frente al ministerio de salud y los sectores más tradicionalistas de la sociedad ngäbe que culturalizan las prácticas tradicionales, esencializándolas.

En la Comarca Ngäbe Buglé están muy generalizadas las prácticas médicas denominadas como “pluralismo médico” (Perdiguero, 2006), práctica que complementa o utiliza de forma alternativa la medicina occidental y la medicina tradicional indígena. El pluralismo médico no debe confundirse con el pluralismo cultural aunque pueda compartir algunos puntos. La biomedicina que se practica en cualquier lugar de Latinoamérica no puede considerarse una medicina extranjera o externa, por la existencia de múltiples elementos locales. Del mismo

modo, la medicina tradicional ha ido incorporando nuevos elementos de distinta procedencia y se ha transformado a lo largo de su historia. Es decir no estamos hablando de productos culturales claramente diferenciados, con unos límites bien definidos, sino que hablamos de procesos en continuo cambio.

En el contexto panameño existen diferentes puntos de vista respecto a la cultura. Una que entiende la cultura como algo estático y que responde a una lógica interna, un punto de vista mayoritario, y otra que entiende que la cultura como algo dinámico y en continuo diálogo con otras culturas, un punto de vista minoritario.

Pero si entendemos que la mezcla de culturas es algo inherente a toda la sociedad, interculturalidad en salud, ¿para qué? En el caso panameño, algunos entienden que en la interculturalidad, la preservación de las culturas antiguas debe concebirse desde una perspectiva estática, como el mantenimiento de una reliquia. Otras perspectivas consideran la interculturalidad como una oportunidad para integrar la cultura "inferiorizada" (Mignolo, 2007) para aprovechar al máximo su potencial como forma de mejorar las condiciones de vida de los residentes; Reconocer la idiosincrasia y la cultura tradicional; Proporcionar alternativas a la salud global, etc. De la propuesta actual se defiende una integración que aborde los factores culturales, políticos y económicos, entre otros, reconocimiento (dimensión cultural y simbólica), representación (dimensión política) y redistribución (dimensión económica) (Nancy Fraser, 2009).

Esta interculturalidad en salud que pretende la integración de los factores culturales, políticos y económicos respondería a la búsqueda de una solución de una "desigualdad multidimensional". La desigualdad multidimensional está inspirada en la pobreza multidimensional, indicador desarrollado dentro del enfoque de las capacidades.

El trabajo de Sen sobre "la falla de las capacidades" nació del análisis sobre las hambrunas, que le valieron el premio Nobel. En este trabajo puso de relieve que las hambrunas no son causadas exclusivamente por la escasez de alimento, sino que, también responden a la ausencia en quienes las padecen de la ausencia de oportunidades para obtener aquello que necesitan, por culpa del desempleo. La solución de este planteamiento iría dirigida a atender las fallas de capacidades de las poblaciones vulnerables proporcionándoles empleo y otras fuentes de garantía de acceso a artículos y productos de vital necesidad. Del enfoque de las capacidades surgió el concepto de pobreza multidimensional que Sabine Alkire operativizó desde el OPHI (Oxford Poverty & Human Development Initiative) para el PNUD.

El indicador de la pobreza multidimensional es el IPM, Índice de Pobreza Multidimensional, presente en "Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015" del PNUD. El enfoque de las capacidades tiene un sesgo individual, "se centra en las personas" (Sen, 2011), por lo que se propone complementarlo con un nuevo enfoque social, centrado en la búsqueda de la

restitución de la justicia social atendiendo a las demandas de los movimientos sociales y políticos, buscando poner de manifiesto las injusticias que sufren y buscando su posible reparación tomando en cuenta las posiciones de estos actores sociales y políticos, en el presente caso: las entidades de médicos tradicionales.

El planteamiento de Fraser atiende a 3 dimensiones: la cultura (el reconocimiento), la economía (la redistribución) y la política (la representación). Este enfoque de Nancy Fraser constituye una propuesta que pretende dar solución al principal dilema de la interculturalidad en salud: la desigualdad, desde un planteamiento multidimensional, económico, político y cultural.

Así frente a planteamientos que entienden la interculturalidad como un problema exclusivamente cultural (la conservación) o la pobreza como un problema exclusivamente económico (de ingresos), se plantea la necesidad de atender a criterios económicos, culturales, y políticos, como la posibilidad de adoptar un reconocimiento transformador de las formas tradicionales de sanación en la Comarca Ngöbe Buglé.

Para abordar la integración de la cultura médica tradicional ngöbe en el sistema de salud, diversos factores han de ser tenidos en cuenta: la transferencia de recursos e ingresos, la dimensión económica (la redistribución), la generalización de patrones culturales de representación no discriminantes, la dimensión cultural (el reconocimiento), la disposición de marcos de convivencia y de leyes que permitan interactuar a todos los integrantes de la sociedad como pares, la dimensión política (la representación).

## 2. Abstract.

---

Interculturality in health in Latin America implies the harmonization, or the fusion, or the mixing, or the complementarity of two medical cultures: the traditional indigenous one, that is the original culture (that was present when the Europeans arrived at America), and the Western, which has the recognized rank of scientific. Of these two cultures one is hegemonic and dominant, the scientific, and the other is subordinate, the traditional (Menéndez, 1990).

It is important to emphasize that in this doctoral thesis it is not intended to call into question medical science, it is not part of a relativistic epistemological posture, but it is understood as feasible to recognize the value and usefulness of ancestral forms of healing as a form integration and improvement of the life of the population residing in the indigenous regions in Panama.

Methodologically, this research is characterized by pluralism. The analysis of documentary sources, official, statistical and technical reports of Panamanian agencies (MINSA, INEC, etc.) and of multilateral organizations (UNDP, WHO, PAHO, etc.) is mainly based, and to a lesser extent, interviews with informants Key, experts, social and political leaders, socio-sanitary personnel, traditional doctors and patients.

From the Latin American indigenous peoples, an alternative "development" approach has been proposed: "el buen vivir". Unlike the more schematic conceptions starting from a linear conception that goes from a state of underdevelopment to development, a different political, cultural and economic alternative arises from different indigenous peoples in which "knowledge, social and cultural recognition, codes of ethical and even spiritual conduct in relation to society and nature, human values, the vision of the future among others" are decisive (Acosta, 2010).

El buen vivir has been reflected and recognized in the new Political Constitutions of Ecuador (2008) and Bolivia (2009), in a bid to transform these states into referential models of interculturality, proposing good living as an alternative of social organization.

Panama is a country oriented to international trade, logistics, construction and financial intermediation services. As a result of an accelerated process of economic growth in the last decade, it is known in the media as Latin American Singapore. Other notable features of the Isthmus are the strong concentration of economic activity and wealth in the Panama City (in the Pacific) - Colón (in the Atlantic) axis: The Panama Canal, and the serious deficiencies in rural areas and especially in the indigenous regions. In this sense we can speak of a dual society.

Panama is the only country in Latin America that has adopted the model of 'the Comarcas' as a means of institutional recognition of the cultural and political rights of indigenous peoples. The regional administrative legal framework recognizes the collective of the land, the Congresses as a traditional body (General Congress, Regional Congress, Local Congress), the traditional authorities (caciques), and the customs and traditions of the indigenous people.

But indigenous regions as a social model have a prominent passive, disproportionate degree of marginality and poverty, with social indicators similar to Haiti or to sub-Saharan African countries. The Comarcas demand minimum levels of political and economic equity, and also demand recognition of their diversity, as keys to their development.

In the case of the Ngöbe Buglé Comarca, this has the highest poverty rate in the Republic, 89.2%, with an illiteracy rate of 30%, and child malnutrition of 71% between the ages of 6 and 9, according to data from the Contraloría General de la República de Panamá.

Within all the problems that affect the Ngöbe Buglé Comarca has a prominent role the deficiencies in its socio-health situation. The Comarca has the highest rates of general morbidity and mortality, and its rates of maternal, perinatal and infant mortality are the highest. In the Ngäbe-Buglé Comarca, the infant mortality rate almost doubles the rate of the province of Panama, 19.3 against 10.9 (per 1000 live births), and the maternal mortality rate is well above the national average , With 297 deaths in 2011 compared to 80.5 deaths per 100,000 live births (MINSA, 2013). These events have led to non-compliance with the Millennium Development Goals (MDGs) set for 2015 by the United Nations System.

In the Comarca there are less than 3 doctors-nurses per 10,000 inhabitants, a figure that is far removed from the 25 doctors-nurses for every 10,000 inhabitants that the World Health Organization (WHO) advises, and the sanitary infrastructures are insufficient, alone 2 of the 10 health centers present in the Comarca, have a laboratory to do tests that allow them to make basic diagnoses.

According to the MINSA and PAHO study "Situational Diagnosis and Health Plan for the Indigenous Peoples of Panama", 64.2% of the respondents consider that distance to their health center is a major health obstacle, which has as a consequence that in some cases only traditional medicine remains as the only resource to solve their health problems. According to the ENS (life level survey), the time spent in search of medical care, from the home to the place of medical treatment, is higher among the ngöbes (55 minutes) than in the total of the Indians (41 Minutes). With respect to hospital care, the time may fluctuate between hours and days, depending on the location of the patient's community of residence, mode of transport and meteorological conditions (MINSA, 2013).

The formal health system is not able to attend to a part of the local population, due to the insufficient resources and infrastructures, reason why the inhabitants of the Ngöbe Comarca in many occasions use the traditional medicine as alternative to the scientific medicine. The recognition of traditional medicine has been understood as the fastest way to resolve the deficiencies of the formal health system, but this formal recognition does not have an adequate transfer of resources, so we can understand it as a "recognition without redistribution" (Fraser, 1997).

Traditional medicine comprises a series of medical practices that have had their origin in the ancestral geographic and social spaces of the indigenous peoples, and that arose before the arrival of the Europeans to America. Its concepts and therapeutic methodologies are based on indigenous history, identity and cultural idiosyncrasy. These practices have been modified over time, incorporating conceptual, medical and therapeutic elements of different societies. These medical practices far from disappearing have resurfaced today. Traditional herbal cures or spiritual treatments vary depending on the indigenous people, but they also have many common denominators.



In the Panamanian case, in spite of legislation in favor of interculturality in health, traditional forms of healing continue to suffer a high degree of discrimination on the part of the formal health system considering them primitive, inferior, irrational.

In the case of the Ngöbe Buglé Comarca is highlighted the case of traditional doctors and their entities (Asastran and Ichi Druribo). These entities are emerging actors who seek to legitimize traditional forms of healing in a project of interculturality in health that understands and recognizes "medical pluralism" as a practice that integrates biomedicine and traditional medicine, in front of the ministry of health and the most traditionalist sectors of ngäbe society that culturalizes traditional practices, essentializing them.

In the Ngäbe Buglé Comarca, the medical practices known as "medical pluralism" (Perdiguero, 2006) are very widespread, a practice that complements or uses alternative Western medicine and traditional indigenous medicine. Medical pluralism should not be confused with cultural pluralism although it may share some points. Biomedicine practiced anywhere in Latin America can not be considered a foreign or foreign medicine, due to the existence of multiple local elements. In the same way, traditional medicine has been incorporating new elements of different origin and has been transformed throughout its history. In other words, we are not talking about clearly differentiated cultural products, with well defined limits, but we are talking about processes that are constantly changing.

In the Panamanian context there are different points of view regarding culture. One that understands culture as something static and that responds to an internal logic, a majority point of view, and another that understands that culture as something dynamic and in continuous dialogue with other cultures, a minority point of view.

But if we understand that the mixture of cultures is something inherent to the whole of society, interculturality in health, for what? In the Panamanian case, some understand that in interculturalism the preservation of ancient cultures must be conceived from a static perspective, such as the maintenance of a relic. Other perspectives consider interculturality as an opportunity to integrate the "inferiorized" culture (Mignolo, 2007) to maximize its potential as a way to improve the living conditions of the residents; Recognize idiosyncrasy and traditional culture; Provide alternatives to global health, etc. The current proposal advocates an integration that addresses cultural, political and economic factors, among others, recognition (cultural and symbolic dimension), representation (political dimension) and redistribution (economic dimension) (Nancy Fraser, 2009).

This interculturality in health that seeks the integration of cultural, political and economic factors would respond to the search for a solution of a "multidimensional inequality." Multidimensional inequality is inspired by multidimensional poverty, an indicator developed within the capabilities approach.

Sen's work on "the failure of capabilities" was born from the analysis of famines, which earned him the Nobel Prize. In this paper, he emphasized that famines are caused not only by food shortages, but also respond to the absence of those who suffer from the lack of opportunities to obtain what they need because of unemployment. The solution to this approach would be aimed at addressing the vulnerability of vulnerable populations by providing employment and other sources of guarantee of access to articles and products of vital necessity. From the capacity-building approach emerged the concept of multidimensional poverty that Sabine Alkire operated from the OPHI (Oxford Poverty & Human Development Initiative) for UNDP.

The indicator of multidimensional poverty is the IPM, Multidimensional Poverty Index, present in UNDP's "Atlas of Local Human Development: Panama 2015". The capacity-based approach has an individual bias, "focuses on people" (Sen, 2011), so it is proposed to complement it with a new social approach, focused on the search for the restitution of social justice in response to the demands of social and political movements, seeking to highlight the injustices they suffer and seeking their possible reparation taking into account the positions of these social and political actors, in the present case: traditional medical entities.

Fraser's approach addresses three dimensions: culture (recognition), economics (redistribution) and politics (representation). This approach by Nancy Fraser constitutes a proposal that seeks to solve the main dilemma of the interculturality in health: inequality, from a multidimensional, economic, political and cultural approach.

Therefore, in relation to approaches that understand interculturality as a purely cultural (conservation) problem or poverty as an exclusively economic (income) problem, the need to address economic, cultural and political criteria, such as the possibility of adopting a transformative recognition of the forms of healing in the Comarca Ngöbe Buglé.

In order to address the integration of the traditional ngöbe medical culture into the health system, several factors have to be taken into account: transfer of resources and income, economic dimension (redistribution), generalization of non-discriminatory cultural patterns of representation, the cultural dimension (recognition), the provision of frameworks for coexistence and laws that allow all members of society to interact as peers, the political dimension (representation).



### 3. Introducción.

---

Panamá es un país pequeño (75.517 km<sup>2</sup>), con poca densidad poblacional, 4 millones de habitantes en el que vengo trabajando como consultor de diversas entidades nacionales (ONGs locales) e internacionales dedicadas al desarrollo como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el PNUD, o el Banco Interamericano para el Desarrollo, el BID, desde el año 2001 hasta la actualidad. Es un país conocido, fundamentalmente, por el Canal que conecta los océanos Atlántico y Pacífico y por sus servicios de intermediación financiera. Panamá constituye, sin embargo, un modelo de sociedad altamente dualizado. Por un lado, el Canal y su economía de servicios internacionalizada y exitosa, y por otro lado, las Comarcas Indígenas, con una situación económica y social precaria y con modos de vida que conectan con un pasado mítico y real, con la tradición, y con lo que se ha denominado 'el buen vivir'.

Debido a su situación geoestratégica entre dos océanos y dos sub-continentes (América del Norte y del Sur), el Istmo ha sido un lugar propicio para el comercio y los negocios. Desde tiempos de la colonia española ha sido un punto estratégico en el transporte y la logística de los galeones cargados de metales preciosos. Ya en el siglo XIX con la construcción del ferrocarril que conectaba el Atlántico y el Pacífico, posibilitó la conexión entre las costas, y jugó un importante papel en el "Golden Rush" (la fiebre del oro en California). La construcción del Canal, constituyó la obra de ingeniería probablemente más importante del siglo XX, y en junio de 2016 inauguró un tercer juego de esclusas, proyectándose así como un enclave geoestratégico fundamental para el siglo XXI.

Panamá no es sin embargo, sólo el Canal y las finanzas. Es, a su vez, el país en el que comenzó la lucha por la autonomía política y administrativa de los pueblos originarios en Latinoamérica (*La Revolución Dule* en 1925). Es el único país en Latinoamérica que reconoce la identidad y la autonomía de los pueblos indígenas por medio de las Comarcas Indígenas. De hecho, el término *Abya Yala* que utilizan los pueblos amerindios para referirse al continente americano, es un término *kuna* (uno de los 7 pueblos originarios presentes en Panamá)<sup>1</sup>.

La presente investigación se plantea, en este contexto, con una pretensión específica y modesta. Tiene como objeto analizar la relación de la medicina tradicional indígena y la

---

<sup>1</sup>Este término lo utilizaban los kunas antes de la llegada de Colón a América, *Abya Yala* en la lengua de los kunas quiere decir '*tierra en plena madurez o tierra de sangre vital*'. La expresión *Abya Yala* en lugar de América la propuso hace casi tres décadas el líder aymara Takir Mamani, Constantino Lima, del Kollasuyu-Bolivia (Caravantes, 2006). En la obra clásica *Antropología estructural*, Claude Lévi-Strauss analizó el ritual chamánico de los kuna destinado a asistir a cierto tipo de parto difícil y se interrogó por su peculiar eficacia, a la que dio en denominar "eficacia simbólica" (Levi Strauss, 1958).

biomedicina, en la comarca indígena de mayor tamaño y más poblada de Panamá, la Comarca Ngöbe Buglé.

La Comarca Ngäbe-Buglé es el territorio de dos etnias, los *ngöbes*, la mayoritaria, y los bugles, la minoritaria en la Comarca. Sobre los ngöbes existen muy pocos textos y muy pocos estudios, por lo que me parecía necesario contribuir con mi investigación a un mejor conocimiento de la situación<sup>2</sup>.

Las comarcas indígenas, desde un punto de vista social, cuentan con un destacado pasivo, el desproporcionado grado de marginalidad y pobreza, con indicadores sociales similares a Haití o a países del África Subsahariana. Las Comarcas demandan unos mínimos niveles de equidad política y económica, y también demandan el reconocimiento de su diversidad, como claves para su desarrollo. En el caso de la Comarca *Ngöbe-Buglé*, esta tiene la tasa de pobreza más alta de la República, un 89,2%, con una tasa de analfabetismo del 30%, y una desnutrición infantil del 71% entre los 6 y los 9 años (Fuente: MINSA, 2014).

Además de estos profundos déficits, las comunidades disponen de activos como las tierras colectivas, o como los saberes y las formas de conocimiento tradicional, unidos a las formas de vida comunitaria. Estos activos no se consideran en las mediciones de las condiciones de vida de los indígenas en las Comarcas lo que incide en la imagen de los indígenas como, exclusivamente, sujetos de necesidad.

Dentro de todos los problemas que afectan a la Comarca *Ngöbe-Buglé* tienen un papel destacado las deficiencias en su situación sociosanitaria. La Comarca tiene las mayores tasas de morbilidad y mortalidad general, y sus tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son las más elevadas. En la Comarca *Ngäbe-Buglé*, la tasa de mortalidad infantil casi duplica la tasa de la provincia de Panamá, 19,3 frente 10,9 (por cada 1000 nacidos vivos), y la tasa de mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional, con 297 muertes frente a las 80,5 muertes por cada cien mil nacidos vivos, hechos que han provocado incumplimientos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados para el 2015 por el Sistema de las Naciones Unidas (Fuente: MINSA, 2014).

En la Comarca hay menos de 3 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes, dato que queda muy alejado de los 25 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes que aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las infraestructuras sanitarias son insuficientes, solo

---

<sup>2</sup> La mayoría de la literatura científica sobre los ngöbes es norteamericana, siendo destacado el caso del antropólogo Philip Young con más 50 referencias bibliográficas según *Bibliografía de los pueblos indígenas de Panamá* (2013).

2 de los 10 centros de salud presentes en la Comarca, disponen de un laboratorio para hacer pruebas que les permitan poder elaborar diagnósticos básicos. (Fuente: MINSA, 2014).

Según un estudio del Ministerio de Salud Panameño y de la Organización Panamericana de Salud “Diagnóstico Situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá” (MINSA, 2014), un 64,2% de los encuestados considera que la distancia a su centro de salud es un importante obstáculo sanitario, lo que tiene como consecuencia que en algunas ocasiones solo queda la medicina tradicional como único recurso para solucionar sus problemas sanitarios.

El sistema formal salud no es capaz de atender a una parte de la población comarcal, por los insuficientes recursos e infraestructuras, por lo que los moradores de la Comarca Ngöbe en muchas ocasiones utilizan la medicina tradicional como única alternativa a la medicina científica. En muchas ocasiones el reconocimiento de la medicina tradicional se ha entendido como el camino más rápido para resolver las deficiencias del sistema formal de salud, pero este reconocimiento formal no dispone de una transferencia de recursos adecuada, por lo que podemos entenderlo como un “reconocimiento sin redistribución” (Fraser, 1997).

La población indígena en Panamá y de forma más acusada en la Comarca Ngäbe Buglé, sufre una destaca desigualdad por una mala distribución de los recursos económicos, por la exclusión y la discriminación política y cultural: una desigualdad multidimensional.

Una de las cuestiones básicas de la presente tesis doctoral es el carácter intercultural de la salud. Según la Organización Panamericana de Salud y el Ministerio de Salud Panameño, la interculturalidad en salud hace mención a dos culturas sanitarias: la medicina tradicional indígena y la medicina occidental. La medicina tradicional indígena se entiende como la medicina originaria en América, y comprende tratamientos curativos por medio de plantas, animales, y minerales, diferentes rituales y terapias ancestrales, y distintas concepciones simbólicas y espirituales.

La interculturalidad en salud como la interacción de los dos sistemas médicos (el tradicional y el científico) no incluye a otras medicinas presentes en el contexto panameño: la medicina de pueblos afrodescendientes, la medicina tradicional china, la medicina ayurvédica, entre otras formas ancestrales de sanación. Hay destacados antropólogos como Roberto Campos, Menardi Citarella, etc que critican esta concepción de la interculturalidad por ser ‘reduccionista’, y por significar un cambio parcial del sistema público de salud no integrando el factor intercultural como un elemento transversal (Campos y Menardi, 2004).

La investigación realizada tiene como fuentes el análisis documental y las entrevistas a informantes clave. La investigación está caracterizada por la pluralidad metodológica que recurre tanto al análisis documental (informes, estadísticas y documentos) como a las

entrevistas realizadas para matizar, complementar, guiar y ampliar algunas de las cuestiones tratadas. Junto con estas herramientas, se desarrolló una observación directa en la Comarca para orientar la investigación y detectar las principales claves *in situ*.

Las entrevistas estaban dirigidas al personal médico de los centros de salud (nativo y no nativo), a los encargados de las políticas de interculturalidad del ministerio de salud, a los médicos tradicionales en entidades y a los médicos tradicionales independientes, a pacientes, a líderes políticos y sociales indígenas y no indígenas.

Mi investigación parte de ciertas posiciones y marcos teóricos de referencia, que, de modo sucinto, se pueden resumir en una serie de breves enunciados:

- *La salud es intercultural*. Siguiendo las opiniones de la corriente más importante de la antropología médica iberoamericana. La idea de que en el proceso salud-enfermedad-atención siempre existen diferentes ‘concepciones culturales’ que provienen de diferentes países, regiones, tradiciones, comunidades o incluso de diferentes ámbitos domésticos o familiares (nivel de la autoatención), y que están en permanente interacción (Menéndez, 1990).
- *La existencia de diferentes tipos de desigualdad, cultural, política y económica*. Esto en el caso de los pueblos indígenas, se traduciría en una discriminación económica, cultural y política. En la discriminación a los indígenas hay elementos simbólicos como la imagen y la representación de estos pueblos, como el “buen salvaje”, los pueblos primitivos, la irracionalidad, etc, y elementos materiales de discriminación, la falta de recursos y servicios sociales básicos. Tanto los elementos simbólicos como los materiales de discriminación se solapan, actuando de forma conjunta. Se plantea la existencia de una desigualdad multidimensional, inspirada en la idea de pobreza multidimensional, concepto e índice basado en el enfoque de las capacidades (PNUD, 2015). En el caso de la desigualdad multidimensional la falta de equidad respondería a una mala distribución (*maldistribution*), un reconocimiento fallido (*misrecognition*), y una representación fallida (*misrepresentation*), que corresponden a las dimensiones económica, cultural y política de la desigualdad (Fraser, 2009).
- La preponderancia del *Modelo Médico Hegemónico* (Menéndez, 1990). Modelo que biologiza la enfermedad subordinando los factores sociales y culturales. En este concepto esta presente la idea gramsciana de hegemonía cultural, la primacía de unos valores, percepciones y creencias del grupo dominante.
- En la presente tesis doctoral se entiende la tradición como algo plural y en continuo cambio, esta tesis trata de destacar esa dimensión dinámica de la tradición.

Una de las cuestiones clave de la presente investigación es, como se ha indicado, el papel de la interculturalidad en salud. En el desarrollo de las entrevistas al personal médico de los centros de salud y del sistema formal de salud, a los médicos tradicionales y entidades de médicos tradicionales, a los pacientes y a los líderes de las entidades sociales o políticas he intentado identificar diferentes estructuras o posiciones al respecto.

Aun cuando existen marcos legales y un reconocimiento explícito de la medicina tradicional como sistema de salud por parte de las autoridades sanitarias, observamos, sin embargo, que es muy compleja y problemática la relación entre la medicina tradicional y la medicina científica u “occidental”. Intentaré indagar en algunas de las razones por las que no se ofrecen de forma conjunta y complementaria ambas medicinas en los centros de salud de la Comarca

En este trabajo se analizan los planteamientos de las instituciones públicas sanitarias, las autoridades tradicionales y de las entidades ngöbes. Se analizan las opiniones de los médicos que pertenecen al sistema formal de salud y los planteamientos de los médicos tradicionales. Se atiende a los discursos mayoritarios de la sociedad panameña, “los desarrollistas”, y los planteamientos “tradicionalistas” de la sociedad ngöbe. Desconozco el ngäbere y mis estancias en la Comarca han estado ubicadas en “zonas fronterizas”, lugares en que el estado y sus instituciones tienen una mayor presencia, donde los sectores más tradicionalistas son minoritarios y tienen menos visibilidad, a diferencia de las zonas de más difícil acceso en el que las instituciones estatales no están presentes y los sectores tradicionales tienen mayor protagonismo. Así que el análisis de los sectores tradicionalistas están llenos de cautelas, una mirada distante basada en las representaciones que tienen los no de los tradicionalistas de los tradicionalistas. Dentro de las diferentes posiciones analizadas tienen un especial protagonismo las posiciones “híbridas”, aquellas que integran elementos de los discursos “desarrollistas” y elementos de los discursos “tradicionalistas”, en la Comarca, en “las zonas fronterizas”, este tipo de posiciones son las mayoritarias.

Dentro de las posiciones “híbridas” la presente tesis doctoral analiza el enfoque de las entidades de médicos tradicionales (ASASTRAN e Ichi Druribo) y de la Universidad Ngäbe Buklé. Estas entidades plantean una interculturalidad en salud simétrica que tiene como objetivo complementar los dos sistemas médicos, armonizarlos y posibilitar una relación de respeto mutuo, reciprocidad y diálogo, facilitando un “reconocimiento transformador y no solo afirmativo” (Fraser, 2009).

La presente tesis doctoral conecta el trabajo de campo realizado durante los años 2013, 2014 y 2015 con más de 15 años de experiencia en consultorías con el PNUD, el BID y ONGs locales. Las temáticas de estas consultorías eran salud, educación, y participación política de grupos vulnerables, entre los cuales los grupos indígenas ocupaban un importante protagonismo. Por



lo tanto además de los resultados del trabajo de campo y del análisis documental en el documento están presentes inquietudes personales y profesionales.

El presente documento comienza describiendo el planteamiento de la investigación. Con las características teóricas básicas: la salud como algo intercultural y la desigualdad como algo cultural, económico y político. La hipótesis de la investigación parte que la interculturalidad en salud esta vinculada la desigualdad. Una desigualdad que es consecuencia de la discriminación (simbólica y cultural) y la marginación (económica y política). En esta situación emerge un nuevo actor que plantea un nuevo tipo de interculturalidad: las entidades de médicos tradicionales. Los objetivos serían analizar las prácticas sociosanitarias en el contexto de referencia, las políticas de interculturalidad, la imagen de lo indígena, y los tipos de desigualdad, pobreza y discriminación que sufren los indígenas en Panamá, y en particular los ngöbes. Para lograr estos objetivos se desarrolla una metodología plural que incluye un análisis de fuentes documentales y de entrevistas a informantes clave.

Una vez desarrollado el planteamiento de la investigación se pasa a analizar el contexto general. Es importante destacar que en la presente investigación el contexto es una parte constitutiva del análisis. Panamá es una sociedad dual, por una parte con un territorio que concentra una gran riqueza y crecimiento económico, una sociedad modernizada y vinculada al capitalismo internacional en el que el Canal es la referencia simbólica y material básica. Y por otra parte, unas comarcas indígenas con formas de vida tradicionales y comunitarias, y con unas condiciones de vida muy precarias. Las Comarcas Indígenas se ven eclipsadas e invisibilizadas por la potente maquinaria de crecimiento y desarrollo que se erige en torno al Canal, y solo se visibilizan cuando emergen conflictos causados por la entrada en territorio indígena de las industrias extractivas sin el previo consentimiento de las comunidades indígenas.

Una vez descrito el contexto general se pasa a detallar el contexto específico que abarca a los ngöbes y la Comarca con sus especificidades culturales, sus deficientes condiciones materiales de existencia y sus activos: sus saberes y formas tradicionales de vida así como un importante tejido asociativo. También se describe la situación sociosanitaria de los ngöbes, caracterizada por importantes pasivos de infraestructuras y servicios médicos básicos pero también por un importante activo sanitario: la medicina tradicional. Se describen diferentes definiciones de la medicina tradicional, así como su situación política, económica y cultural en la coyuntura nacional e internacional.

Tras la contextualización se analiza la fundamentación de la investigación: la desigualdad multidimensional y la interculturalidad en salud.

La desigualdad multidimensional es una propuesta teórica que se deriva del planteamiento de Nancy Fraser de los tres niveles de justicia (cultural, económico y político) inspirada en la

pobreza multidimensional. La pobreza multidimensional tiene origen en el enfoque de las capacidades adoptado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

La interculturalidad en salud en el caso latinoamericano hace mención a la relación de dos sistemas médicos, el tradicional indígena y el occidental, se analizan sus conflictos, sus asimetrías, las diferentes posiciones y alternativas, y las principales claves de las políticas de interculturalidad en la Comarca Ngäbe Buglé, destacando la posición de los siguientes actores: las entidades de médicos tradicionales (ASASTRAN e Ichi Druribo) y la Universidad Ngöbe Buklé.

Una vez descrita la fundamentación de la tesis doctoral se describen los cuatro grandes temas que organizan los discursos presentes en las entrevistas (presenciales y *online*): la desigualdad en Panamá, la imagen de lo indígena en Panamá, las prácticas sociosanitarias, y la interculturalidad en la Comarca Ngäbe Buglé. Por último se describen las conclusiones.



## 4. Planteamiento de la investigación.

---

*“Investigadores de diversas disciplinas de las ciencias sociales, sobre todo antropólogos, se han interesado por conocer, entender e interpretar diversos aspectos de nuestra cultura. En este sentido, los pueblos indígenas hemos constituido un campo fértil de estudio e investigaciones. Hemos sido vistos como objetos de investigación.*

*Sin embargo, conocer los aportes que los pueblos indígenas hemos dado a la ciencia, a la tecnología y a la cultura universal; comprender y reconocer el papel y los aportes de nuestros pueblos a la economía, al desarrollo y a la historia de nuestros países y abordar la realidad americana desde la perspectiva de la diversidad cultural y la interculturalidad, casi nunca han figurado en los grandes ejes investigativos de la realidad de nuestra América. En la mayoría de los casos los pueblos indígenas no hemos sido considerados como sujetos sociales portadores del cambio y forjadores de historia”*

*(Extracto del discurso de Rigoberta Menchú Tum, 49 Congreso Internacional de Americanistas, Quito, Ecuador, del 7 al 11 de julio de 1997)*

### **4.1. Consideraciones teóricas previas y objetivos de la investigación.**

Para analizar la problemática de la interculturalidad en salud es fundamental atender a las inequidades presentes en el contexto, a la marginación, a la discriminación y a la exclusión que sufren los pueblos originarios. Es necesario dar sentido a esta problemática en el marco, entre otras cosas, del análisis de la dinámica de la pobreza y la desigualdad, considerándola como un fenómeno multidimensional, así como en la representación social o imagen de lo indígena en Panamá. Todo ello me lleva a considerar la salud como un fenómeno complejo e intercultural.

La imagen de lo indígena suele representarse como un problema, como un sujeto de necesidad, como un grupo invisible que se vuelve visible a través de sus protestas, como un grupo ancestral e irracional. Todas estas representaciones tienen en común concebir a los indígenas como sujetos primitivos, ignorantes e ‘infantilizados’ que necesitan de un ‘otro’ que debe adoptar el rol de ‘padre’ y que debe tomar las decisiones por ellos.

En el caso de la salud, nos encontramos con uno de los ámbitos estratégicos en el que destacan las inequidades y la marginación económica, política y social en América Latina, con índices e indicadores muy negativos, especialmente trágicos en relación con la situación de los pueblos originarios. Pobreza, marginación y racismo constituyen, entre otras, claves a tener en cuenta en las dificultades de acceso a los servicios de salud en América Latina lo que afecta en el menoscabo de los derechos humanos de sus ciudadanos. En este escenario, las políticas interculturales, junto con otras estrategias de índole económica y social, debieran protagonizar el impulso hacia un cambio transversal que posibilite otros modelos de gestión de la salud diferentes, con la participación de los propios beneficiarios, la sociedad civil y las organizaciones originarias.

La desigualdad multidimensional que sufren los pueblos originarios en Panamá, y en concreto en el caso de los ngöbes, está vinculada a la “desigualdad de estatus” o al “reconocimiento fallido” de la cultura originaria (*misrecognition*), a la injusta o mala distribución de recursos económicos (*maldistribution*), y a ausencia de reglas o leyes que posibiliten “participar en paridad”, “la representación fallida” (*misrepresentation*) (Fraser, 2009). Mala distribución, representación fallida y reconocimiento fallido, corresponden al terreno económico, político, y cultural de la desigualdad.

En América Latina la interculturalidad se ha entendido como la interacción entre el sistema médico occidental y el sistema médico tradicional indígena. Las ciencias sociales y en especial la Antropología se han interesado más por el segundo y por sus interacciones con el primero, es decir los sistemas de salud no occidentales y sus interacciones con el sistema de salud occidental.

Pero la perspectiva dominante en Latinoamérica ha entronizado la medicina científica no reconociendo “los sistemas etiológicos y terapéuticos periféricos” (López García, 2006). Desde las sociedades amerindias es central el entender que la salud, el bienestar físico y psíquico del individuo tiene mucho que ver con el comportamiento social y moral. Así la antropología americanista ha contribuido de manera destacada a asentar la proposición de que los cuerpos de los enfermos no son solo entidades biológicas sino también culturales. Todo sistema de aflicciones tiene un sistema terapéutico aparejado.

En los “sistemas médicos” (Menéndez, 1994), el diálogo entre diferentes concepciones de salud raramente se da y los resultados son una gran problemática en términos de salud-enfermedad-atención y de graves fallas en la solución de las dolencias que desconoce el sistema o de las nuevas dolencias que genera el mestizaje. En cambio los pacientes si dialogan con estos sistemas, y negocian con todos los recursos de salud disponibles, iniciando en el caso de la enfermedad la llamada “carrera del enfermo” (Menéndez, 1986) que tiene una finalidad pragmática para resolver sus dolencias. “La carrera del enfermo” consiste en buscar (y después encontrar) la curación, el alivio al malestar, la disminución de la angustia y la preocupación, independientemente de las variables sociales culturales, económicas y hasta políticas. “El hilo” de la estrategia es la búsqueda persistente, incansable y esperanzadora de la eficacia, donde quiera que esta se encuentre (Campos Navarro, 1998).

En la Antropología Médica existen dos acercamientos para definir los diferentes sistemas de salud en sociedades multiculturales. Uno el norteamericano, que tiene como principal representante Arthur Kleinman (“Patients and healers in the context of culture”, 1980), interesado en la subjetividad, las narrativas y en su interpretación. Kleinman tiene como referencia los tres “sistemas de atención a la salud” (health care systems), el popular, el profesional y el folk.

Kleinman (1980) propuso una clasificación de todas las instancias asistenciales y terapéuticas:

- 1) El popular, profano y no especializado.
- 2) El profesional, formado por sanitarios organizados y legalmente formados para ejercer.
- 3) El folk, formado por sanadores locales, terapeutas especializados pero que no están tan organizados ni con el mismo nivel de sanación legal. En este caso no se podrían incluir algunos casos de la medicina tradicional indígena, que en algunos países de Latinoamérica muestran un alto nivel organizativo, o la medicina alternativa en Occidente que tiende a regularse y a profesionalizarse.

Otro acercamiento, es el latinoamericano, teniendo como representante más destacado a Eduardo L. Menéndez. Desde una óptica gramsciana, aporta una mirada macrosocial en las interacciones de los diferentes modelos de atención, así como en las relaciones de poder entre los diferentes modelos. Menéndez establece una clasificación que comprende tres sistemas: el modelo médico hegemónico, el modelo médico subalterno, y el modelo de autoatención. En este autor son centrales una serie de categorías: hegemonía-subalternidad, contradicción y conflicto.

Para Menéndez, las principales características del modelo biomédico hegemónico son el biologicismo, la asociabilidad, la ahistoricidad, el aculturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática, la orientación curativa, la relación médico-paciente asimétrica y subordinada, la exclusión del saber del paciente, la profesionalidad formalizada, la identificación con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, la tendencia a la medicalización de los problemas, y la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2005).

Por otra parte Kleinman, plantea que lo particular del sistema biomédico está condicionado por los siguientes criterios:

- Por su convicción reduccionista: solo puede haber una verdad objetiva, cuyo conocimiento se encuentra en la naturaleza, en lo biológico, y en el orden material de la existencia, excluyendo lo teleológico.
- Por la consecuente deslegitimación del sufrimiento y de la sanación, presente en los efectos placebo, como una forma de curación por medios no técnicos. Mientras se reivindica la enfermedad de origen físico, y la eficacia de los tratamientos.
- Por su autoidentificación como un programa científico-tecnológico, que progresivamente va aumentando su conocimiento y desarrollando poderosas operaciones terapéuticas. Al medicalizar el sufrimiento como condición psiquiátrica, lo transforma de categoría inherentemente moral a categoría técnica.
- Por su alto grado de institucionalización, burocratización y profesionalización.

De esta manera la atención transforma la salud en mercancía y, como institución preeminente en la sociedad industrial, se lleva a cabo un proceso de mercantilización, de control de la realidad social en términos biomédicos.

Una posible conceptualización del Modelo Médico Hegemónico, siguiendo a Menéndez, podría ser la siguiente: “Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.” (Menéndez, 1986).

En este marco es central el concepto gramsciano de hegemonía que incluye relaciones asimétricas, entre un modelo dominante y los modelos subordinados a este. Los modelos alternativos ofrecen resistencia a este modelo hegemónico.

Menéndez define los modelos subalternos por su relación de subordinación con el modelo hegemónico, no analizando las características internas de los modelos subalternos. Y en cuanto al modelo médico hegemónico de Menéndez, en el terreno de las prácticas la biomedicina es más heterogénea que en la definición del antropólogo argentino, “*Biomedicine is not one, but many medicines*” (Hahn y Kleinman, 1983). En las circunstancias concretas, en las prácticas médicas existe mucha variabilidad. Diferentes prácticas terapéuticas y especialidades que están profesionalmente jerarquizadas. Existiendo grandes diferencias entre los centros de salud y las instancias hospitalarias. En el nivel terciario de atención las respuestas a la enfermedad son más precisas y el modelo biomédico expresa su eficacia, frente a el primer nivel de atención, en los cuales las respuestas son más difusas.

En cuanto a la medicina tradicional (MT), esta se puede definir de la siguiente manera: “Lo que se conoce como medicina tradicional constituye un conjunto de transacciones práctico-ideológicas, que los conjuntos sociales subalternos sintetizan para poder actuar colectiva e individualmente sobre los padecimientos que los afectan. Y que dicha situación supone un continuo proceso de cambios relacionales” (Menéndez, 1990). Esta definición incide en el cambio y en los componentes relacionales, frente a las concepciones que entienden lo tradicional como lo estable y lo aislado.

El emplear el término tradicional en el caso de la MT es problemático porque lo tradicional esta generalmente situado en un esquema dicotómico que dispone de dos polos: lo tradicional y lo moderno. En este esquema lo tradicional es siempre definido a través de lo moderno, siendo el polo moderno el determinante de la dicotomía, el polo del ‘desarrollo’.

La medicina tradicional indígena la constituyen un conjunto de conocimientos y tecnologías curativas, y una serie de sanadores socialmente acreditados por la comunidad: los médicos tradicionales. La responsabilidad de los médicos tradicionales no es solo de carácter curativo sino de liderazgo social, político y espiritual. Estos proveedores de salud curan enfermedades, alientan formas de autocuidado y promueven estilos de vida más saludables, pero también mantienen el equilibrio del individuo con su sociedad y con su naturaleza.

Los estudios de medicina tradicional han diferenciado una serie de enfermedades que comúnmente se han definido como *folk*, populares, tradicionales o como síndromes de filiación cultural para explicar su estrecha vinculación con la visión del mundo y la cultura de un pueblo. Pero es importante tener en cuenta que las enfermedades siempre tienen un componente cultural y en parte, son interpretadas en función de ciertos principios explicativos que provienen del contexto social más cercano.

La interculturalidad en salud en América Latina suele ser entendida como prácticas en salud y atención de la salud que articulan la medicina indígena y la occidental, donde las dos medicinas son consideradas complementarias. Las premisas básicas son la del respeto mutuo, el reconocimiento igualitario de los conocimientos, la voluntad para interactuar y la flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones. Pero existen muchos casos en los cuales estas interacciones están regidas por un gran desconocimiento del otro, los prejuicios y la falta de reconocimiento mutuo, en lo que algunos autores han denominado como “interculturalidad forzada” (Campos Navarro, 2010) o “interculturalidad asimétrica” (Menéndez, 2005), estas interacciones son las mayoritarias.

Una idea muy generalizada en las instituciones latinoamericanas, en nuestro caso en las panameñas, es que la interculturalidad es exclusiva para las minorías indígenas. Esta posición supone que hay colectivos que tienen ‘cultura’, supuestas ‘barreras culturales’, o singularidades culturales más o menos problemáticas, y que éstas deben ser salvadas o superadas a la hora de realizar un trabajo técnico con estos grupos y personas. Esta idea implica en cierta medida, una valoración ‘de arriba abajo’, la consideración de que los técnicos y profesionales occidentales u occidentalizados no tienen/tenemos ‘cultura’, o al menos esta no supone una barrera o una dificultad en nuestras interacciones con esos ‘otros’ que si serían visibilizados como ‘sujetos de cultura’. Pero todos los seres humanos tenemos maneras de pensar y hacer respecto a la salud/enfermedad, aprendidas en un contexto social, y formas de relacionarnos con los sistemas de atención sanitaria. En este sentido “todos tenemos cultura” (Mecañá, 2006).

Oyarce define la interculturalidad en salud como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional” (Oyarce, 1996). Se trata de un proceso social interactivo, donde se busca el reconocimiento y el respeto a las diferencias existentes entre las culturas en el campo de la salud y la enfermedad. O de otro



modo, estamos ante un diálogo y colaboración entre saberes, prácticas y demandas en salud, entre agentes y actores con diferencias socioculturales.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) concibe el enfoque intercultural como una apuesta por armonizar los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional biomédico a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas, y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Pero la realidad en América Latina es muy distinta, como recogen los trabajos de Gerardo Fernández, y los diagnósticos de Martínez y Killinger, en los que destacan: las referencias a la deslegitimación de las medicinas tradicionales; a la extensión del proceso y de las lógicas de la medicalización; a las resistencias de las medicinas tradicionales ante situaciones de conflicto y agresión desde una lógica biomédica compartida por sistemas de salud estatales; a las acciones de cooperación y programas verticales de desarrollo.

El antropólogo y médico Roberto Campos, aporta una concepción y definición de medicina intercultural centrada en la interculturalidad en los espacios del sistema formal de salud. Para este autor sería “el ejercicio de la práctica médica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y de donde se requiere un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería), sean satisfactorios para las dos partes” (Campos Navarro, 2004)

A pesar de los lineamientos legales de la política institucional panameña por las políticas de interculturalidad en salud de Panamá, la relación entre los dos sistemas médicos es muy desigual. Esto es debido, en mayor medida, al modelo biomédico hegemónico que marginaliza las prácticas sanitarias tradicionales, y en menor medida, a las posiciones nativas más tradicionales que entienden que deben primar los saberes tradicionales y las formas ancestrales de curación sobre los conocimientos ajenos, unido a una gran desconfianza hacia los actores y agentes externos.

Estas posiciones más tradicionales corresponden con un tipo de pensamiento mágico-religioso que entiende que los saberes, los conocimientos y las prácticas médicas comunitarias no se deben compartir con elementos externos a la comunidad porque se pone en peligro su conservación. Porque exponer este tipo de saber a “los otros” puede desinvertir de magia a estas prácticas, “perder su don”. Esta posición corresponde a los sukias, algunos grupos de Mama Tadtas (religión oficial de la Comarca), y algunas autoridades tradicionales.

Además, hay “enfermedades espirituales” que no pueden ser solucionadas por la medicina occidental, esta posición es compartida no solo por los sectores más “tradicionalistas” lo que necesariamente complejiza el análisis.

En Panamá comúnmente todo lo que se denomina ciencia se ha identificado como única forma válida de conocimiento. Su absoluta hegemonía ha excluido otras formas de saber, denominándolos empíricos, míticos y primitivos, en definitiva inferiores. Esta visión discriminativa y etnocéntrica, descalifica otras formas de acceder al conocimiento en salud.

La comunidad de la Comarca Ngäbe Buglé vive con graves problemas sociosanitarios, así como graves carencias en infraestructuras y un precario nivel de atención por parte del sistema público de salud. El reconocimiento legal-formal de las particularidades de salud ha sido el camino más sencillo de asumir la diversidad cultural pero, sin aportar recursos suficientes, un “reconocimiento sin redistribución” (Fraser, 1997).

La población nativa que reside en la Comarca utiliza ambos sistemas médicos, pero estos sistemas médicos no articulan estrategias conjuntas, ni se relacionan de forma oficial, funcionan de forma aislada, lo que imposibilita aprovechar las potenciales sinergias entre los dos sistemas médicos.

Pero existe un actor emergente que plantea un modelo de interculturalidad alternativo: las entidades de médicos tradicionales (Ichi Druribo y ASASTRAN) y la Universidad Ngöbe Buklé. Estos actores entienden que hay que intercambiar sus conocimientos y sus prácticas, compartir con otros el conocimiento, aprender de otras formas curativas para mejorar la eficacia de los remedios. Así lo hacen en sus capacitaciones, en sus encuentros, en sus prácticas, en su modelo de medicina, en definitiva integran elementos de la tecnociencia con formas curativas tradicionales.

Estas entidades elaboran estrategias híbridas entre la modernidad y la tradición, estrategias para entrar a la modernidad “cultivando la ciencia, la tecnología y la cultura con respeto a la diversidad y al buen vivir” (Fundación Cultural Ngöbe Buklé, 2013) constituyen una aproximación muy diferente a la interculturalidad de las otras posiciones (desarrollistas y tradicionalistas). El buen vivir, inspirado en diferentes tradiciones indígenas, es una búsqueda del equilibrio con la naturaleza en la satisfacción de las necesidades humanas. El ‘tomar solo lo necesario’, con vocación de perdurar. Desde la cosmogonía indígena el equilibrio y la armonía constituyen un marco sociocognitivo holístico que atañe a la persona, al medio físico, espiritual y cultural.

El Buen Vivir no está restringido al *sumak kawsay* ecuatoriano o al *suma qamaña* andino aunque es destacable que ambas acepciones del buen vivir hayan ocupado un importante

lugar en las constituciones ecuatoriana y boliviana, y en los planes estratégicos de estos países, por lo que Bolivia y Ecuador se han convertido en referentes de interculturalidad en América Latina por esta razón las políticas de interculturalidad de estos países ocupan un lugar destacado en el presente documento.

Además del *sumak kaway* y el *suma qamaña* existen ideas similares se encuentran en otros pueblos, y tan sólo a manera de ejemplo podemos citar el *shiir waras*, el bien vivir de los ashuar ecuatorianos, entendido como una paz doméstica y una vida armoniosa, incluyendo un estado de equilibrio con la Naturaleza (Descola, 1996). O el *küme mongen*, el vivir bien en armonía de los mapuches del sur de Chile. En definitiva y siguiendo los planteamientos del ecólogo social uruguayo Eduardo Gudynas, el buen vivir constituye un enfoque que se encuentra y dialoga con otros planteamientos críticos (indígenas y no indígenas) con el desarrollo, el colonialismo o la modernidad, un enfoque en proceso de construcción, no sustantivo, que tiene diferentes expresiones locales, y asume como objetivo plantear alternativas a las relaciones de los hombres con el medioambiente y la naturaleza, desplegando planteamientos biocéntricos (Gudynas, 2011).

Las entidades de médicos tradicionales pretenden encajar las prácticas de curación en el modelo de desarrollo, posibilitando una modernización en salud culturalmente adaptada. Esta modernización busca un reconocimiento efectivo de los saberes tradicionales por medio de su participación en la construcción de un nuevo modelo de sanidad en la Comarca, con recursos económicos, participación igualitaria y un reconocimiento simbólico-cultural. Esta modernización en salud culturalmente adaptada está constituida por prácticas hibridadas donde la biomedicina y los saberes curativos tradicionales están presentes en términos de igualdad, posibilitando soluciones curativas eficaces, culturalmente adaptadas y orientadas a formar parte del acervo de conocimiento universal.

La interculturalidad en salud se basa en una interacción entre culturas, equilibrada, justa e igualitaria, que tiene como finalidad la integración y la convivencia entre diferentes. En las relaciones interculturales deben establecer una relación basada en el respeto a la diversidad, favoreciendo los espacios de sinergia, colaboración e intercambio. La interculturalidad no elimina las relaciones asimétricas, ni los conflictos, pero sí busca que, con el diálogo, el respeto mutuo y la colaboración, se puedan crear relaciones lo más simétricas posibles con el objeto de mejorar las condiciones sociosanitarias de los beneficiarios de la salud, maximizando las virtudes de los diferentes sistemas médicos, y posibilitando ofrecer una oferta sociosanitaria culturalmente adaptada. La interculturalidad en salud simétrica, a su vez, posibilita incluir las prácticas y los saberes curativos tradicionales en el acervo de conocimiento universal, reconociendo a los pueblos originarios su importante aporte en términos culturales, científicos, políticos y económicos, y posibilitando su vigencia en el futuro.

El uso conjunto y armónico de los dos sistemas médicos debe mejorar las condiciones de vida de forma culturalmente adaptada, y debe auspiciar la participación justa y paritaria de estos

saberes en el acervo mundial de conocimiento. Hay que destacar el importante aporte de la farmacopea tradicional indígena a la ciencia farmacéutica, pero se han dado muchos casos de explotación, manipulación y comercialización de la industria farmacéutica sin respetar, ni reconocer el patrimonio cultural de la farmacopea indígena, privatizando el patrimonio intelectual y los recursos biológicos de los indígenas. La interculturalidad en salud debiera ser una forma de reconocimiento efectivo de la diferencia cultural, con recursos materiales (“redistribución”), con valorización cultural (“reconocimiento”), con leyes y marcos que posibiliten “participar en paridad” a los prescriptores tradicionales y a las formas ancestrales de curación en el sistema público de salud (“representación”) (Fraser, 2009), posibilitando mejorar las condiciones socio sanitarias de los diferentes grupos humanos.

Siguiendo las claves descritas, los objetivos de la investigación serían los siguientes:

- ✓ Describir y analizar las prácticas sociosanitarias biomédicas y tradicionales.
- ✓ Describir las diferentes definiciones de interculturalidad en salud en el contexto latinoamericano y panameño.
- ✓ Describir las particularidades de la pobreza, desigualdad y formas de discriminación que sufren los indígenas en Panamá, y en especial de los ngöbes.
- ✓ Analizar la imagen y la representación de lo indígena en Panamá.
- ✓ Examinar las políticas de interculturalidad en salud de las instituciones públicas en la Comarca Ngäbe Buglé: las leyes, los planteamientos y las iniciativas.
- ✓ Estudiar las propuestas de interculturalidad en salud de las entidades de médicos tradicionales y de la Universidad Ngäbe Buklé.

## ***4.2. Hipótesis y preguntas de la investigación.***

En un sentido preciso sólo tiene sentido hablar de hipótesis en el marco de una investigación que se realice bajo la perspectiva nomotético-deductiva (formalizable en términos matemáticos), como deducción de una teoría explicativa, que se pone a prueba como hipótesis experimental. En la presente investigación, de carácter cualitativo, se parte de una serie de preguntas y se indaga sobre ‘el cómo’ más que ‘el porqué’ y, en este caso, no se pretende dar una explicación causal en sentido fuerte, midiendo la relación entre la(s) variable(s) independiente(s) y la(s) variable(s) dependiente(s). En cualquier caso, en este apartado se ofrece una relación causal entre los factores fundamentales de la tesis doctoral para orientar al lector en relación a las reflexiones que se siguen en la presente investigación.

Según la presente investigación existe una vinculación de la interculturalidad en salud y la desigualdad, entendiendo que la salud es intercultural y la desigualdad es económica, cultural y política, es decir, es multidimensional. Esta multidimensionalidad de la desigualdad es

especialmente importante en el caso de los indígenas por su especial situación de discriminación y exclusión como población étnica y culturalmente diferenciada.

La situación socioeconómica y el nivel de discriminación de la población que vive en la Comarca Ngäbe Buglé están relacionados no solo por la falta de recursos materiales y económicos, sino también por la imagen y la representación de lo indígena en Panamá. Esta representación tiende a considerar a las poblaciones indígenas como atrasadas, irracionales, atrapadas por la superstición y subdesarrolladas. La cultura tradicional es ‘caricaturizada’ como algo primitivo, estático, y atávico, contrario a los estándares de los modelos de desarrollo contemporáneos.

En el caso de la salud, los ngöbes disponen de un sistema médico propio que se reconoce como un sistema de salud por las leyes panameñas. Este sistema médico tradicional no está presente en la atención de los centros de salud en la Comarca a pesar de que las leyes dictan lo contrario.

El reconocimiento de la medicina tradicional puede ser una forma de conservación de las formas tradicionales de curación. Pero el reconocimiento puede significar una vía de integración de las formas tradicionales de curación en el sistema formal de salud. Así lo plantean las entidades de médicos tradicionales (ASASTRAN y Ichi Druribo) y la universidad intercultural ngöbe (la Universidad Ngöble Buklé). La integración de la medicina tradicional reconociendo su valor cultural, es entendida por estas entidades, como una oportunidad de desarrollo, aportando conocimientos y saberes, y también como una forma de innovación sanitaria que incluya alternativas curativas novedosas al sistema de salud nacional e internacional.

Las entidades de médicos tradicionales componen un actor emergente que plantea alternativas a la relación entre el sistema médico tradicional y el sistema biomédico, posibilitando un nuevo modelo de salud pública en la Comarca, una nueva política de interculturalidad.

De modo más preciso, las preguntas de investigación serían, entonces:

- ¿Qué tipo de servicios de salud se ofrecen en la Comarca Ngäbe Buglé?, ¿Cuáles son las prácticas sanitarias en la Comarca de la biomedicina y de la medicina tradicional?
- Dado que la Comarca Ngäbe Buglé es la zona con las tasas de pobreza más altas de la República de Panamá, ¿Cuál es la situación social, política y económica de la Comarca Ngäbe Buglé?, ¿Cuál es la situación sociosanitaria en la Comarca Ngäbe Buglé?

- ¿Cuáles son las imágenes y las representaciones de los indígenas en Panamá?
- ¿Qué significa la interculturalidad en salud?, ¿qué significa la interculturalidad en salud en el contexto latinoamericano y panameño?
- ¿Cuáles han sido las políticas de interculturalidad en salud por parte del estado panameño y de las entidades de médicos tradicionales ngöbes?, ¿Cuáles han sido sus alcances y sus limitaciones?, ¿cuál es la finalidad o finalidades de la interculturalidad en salud?
- A pesar de las leyes de interculturalidad en salud que establecen la complementariedad de los dos sistemas médicos en la Comarca, ¿Por qué no se ofrece de manera conjunta, en los centros de salud, la medicina tradicional y la medicina científica en la Comarca Ngäbe Buglé?

### **4.3. Metodología.**

Las principales herramientas de investigación han sido las fuentes documentales. Teniendo un destacado papel los informes de los organismos multilaterales, especialmente los incluidos en el Sistema de las Naciones Unidas (PNUD, OMS, OPS, CEPAL, CERD, etc) y de los organismos públicos panameños, principalmente el Ministerio de Salud Panameño (MINSa), el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), y la Autoridad Nacional del Ambiente de Panamá (ANAM). También se incluyen documentos editados por entidades sociales panameñas: indígenas (Asociación de Agentes de Salud Tradicional y Natural Ngäbe, ASASTRAN) o no indígenas (Acción Cultural Ngöbe, ACUN), entre otros.

Para los primeros pasos de la investigación se ha desarrollado un proceso observación directa en la Comarca Ngäbe Buglé con dos estancias en Bisira y dos estancias en Quebrada Guabo (en mayo de 2013, en septiembre de 2013 y en octubre de 2014), zonas caracterizadas por ser centros con la mayor densidad poblacional y la mayor presencia de infraestructuras en sus respectivas regiones comarcales, Ño Kribo y Nedrini, respectivamente. La observación en Bisira y Quebrada Guabo se realizó durante diferentes fases en 2013 y 2014, y esta investigación tiene como origen una consultoría sobre la salud en 2007 (consultoría del BID financiada por el ministerio de salud panameño) que tuvo una fase en Soloy (población comarcal cercana a la Carretera Interamericana). Además del trabajo de campo en territorio indígena, en mayo-octubre de 2013 y en octubre de 2014, se entrevistó a diferentes activistas, técnicos, expertos en la ciudad capital, y durante 2015 se continuó haciendo entrevistas por videoconferencia (Skype) y llamadas telefónicas desde España.

La observación desplegada en la presente investigación no contiene un proceso de inmersión en la sociedad ngöbe suficiente para posibilitar un conocimiento de la lengua nativa, ni una interacción social suficientemente continua y prolongada para acceder al conocimiento de dimensiones culturales, simbólicas y materiales de las zonas de menor accesibilidad en la Comarca. La mirada del investigador siempre estaba mediada por contactos (nativos y no nativos) que contaban con la confianza de los entrevistados. Los contactos que han posibilitado desarrollar el trabajo de campo eran profesionales de organismos de cooperación (AECID, BID y PNUD) o profesionales (nativos y no nativos) del ministerio de salud panameño.

Durante el trabajo de campo se realizó una observación directa con anotaciones en el cuaderno de campo y con conversaciones informales que posibilitó:

- ✓ Captar e identificar a los informantes clave;
- ✓ Ayudar al investigador a sentir cómo están organizadas y priorizadas las cosas, cómo se interrelaciona la gente, y cuáles son los parámetros culturales;
- ✓ Mostrar al investigador lo que los miembros de la cultura estiman que es importante en cuanto a comportamientos, liderazgo, política, interacción social y tabúes;
- ✓ Ayudar al investigador a ser conocido por los miembros de la sociedad y las autoridades tradicionales, y de esa manera facilitar el proceso de investigación; y
- ✓ Proveer al investigador con una fuente de preguntas para ser trabajada con los participantes

La observación se ha caracterizado por no disponer de unas categorías ni unas herramientas teóricas fijas previas, la orientación metodológica siempre ha sido dúctil, abierta y flexible. El proceso de recogida de información ha ido performando el marco teórico. La interculturalidad en salud de los ngöbes es un fenómeno con muy poca literatura científica por lo que se decidió no disponer de demasiados 'aprioris' que pudieran dificultar realizar un estudio ad hoc.

La imagen de la sociedad ngöbe en Panamá esta atravesada por múltiples prejuicios lo que dificulta analizarla en toda su complejidad, la observación in situ es una herramienta que posibilita acercarnos a la realidad social de forma más abierta, sin hipótesis previas o ideas preconcebidas. La observación tiene el riesgo de tener sesgos personales pero para reducir estos sesgos se puede complementar con otras herramientas, en este caso las fuentes documentales y las entrevistas, y realizar un trabajo temporalmente extenso.

La presente observación no es neutral, es situada, no es "el ojo de dios" (Haraway, 1991) que observa sin inmiscuirse en la sociedad teniendo una perspectiva verdadera y superior. La finalidad de esta mirada es posibilitar captar y sumar otras voces, otras miradas, otras realidades que faciliten añadir más pluralidad, que resalten la presencia de dinamismo, de cambio, de movimiento en la sociedad ngöbe, que analicen el contexto en toda su

complejidad, y sobretodo que haga viable acercarnos a otras alternativas invisibilizadas que plantean soluciones a la compleja situación de la salud y la interculturalidad en la Comarca Ngäbe Buglé.

El rol del observador fue el caso de un agente externo que no se inmiscuye en la realidad de la Comarca Ngäbe Buglé, pero si es destacable que al contrario si es un agente y un actor considerado en la sociedad panameña. El relato actual esta construido y situado en diálogo con las posiciones más progresistas presentes en los profesionales y técnicos que trabajan y colaboran en ONGs, fundaciones y organismos multilaterales de origen panameño o de otras nacionalidades, ngöbe, guna o emberá, residentes en la ciudad capital. Esta posición no es evidente, no ocupa un espacio público ni político determinado en la sociedad panameña, pero si es muy productiva en un sentido intelectual.

La presente investigación está caracterizada por la pluralidad metodológica, que recurre tanto a análisis documental (informes, estadísticas y documentos institucionales ya existentes) como a entrevistas realizadas. El contenido de las entrevistas sirve de guía para las líneas argumentales analizadas que son desarrolladas por los informes técnicos y por los textos académicos, es decir el análisis documental es la principal fuente de información para la investigación.

El análisis se ha estructurado a través de una serie de epígrafes temáticos, que tratarán de condensar las principales líneas presentes en la documentación analizada y en las entrevistas en relación a la desigualdad, la imagen de lo indígena, las prácticas sociosanitarias y a la interculturalidad en salud.

Es importante destacar el importante rol que juega la contextualización en la presente tesis doctoral ya que no solo situa el análisis sino que es parte del análisis. No se pretende que los datos recogidos solo sean considerados en el contexto en el que fueron obtenidos sino que se pretende que los resultados posibiliten extraer explicaciones más amplias y generales que superen el contexto inmediato. El fenómeno estudiado se enmarca en tres contextos, el más inmediato, la Comarca Ngäbe Buglé, el contexto nacional, Panamá, y contexto regional, Latinoamérica.

La exposición se acompaña de datos y citas literales extraídas de las transcripciones de las entrevistas, del análisis de expertos y de informes que tratarán de ilustrar, en cada caso, las argumentaciones expuestas con ejemplos específicos. Se exponen transcripciones de las citas y de los datos que provienen de diferentes fuentes, así como planteamientos teóricos de autores e instituciones panameñas, latinoamericanas y de otros continentes, que posibilitan dar un sentido sociológico a las diferentes líneas discursivas.



Se cuenta, además, con la opinión de personal médico, que ha tenido la amabilidad de compartir su parecer por correo electrónico, así como con las notas obtenidas a partir de conversaciones informales y entrevistas no transcritas que han servido para orientar la investigación y aportar importantes explicaciones. Por último, se han empleado para este apartado debates mantenidos en redes sociales. También se analizan textos legales y declaraciones públicas relevantes para los objetivos de la investigación.

Las entrevistas en 2013 y 2014 fueron presenciales, pero en 2015 se emplearon videoconferencias (Skype) y llamadas telefónicas. Las entrevistas de 2015 pudieron ser realizadas online o por vía telefónica ya que en los años precedentes se había conseguido tener una relación de confianza con algunos de los contactos y de los informantes clave por lo que no hizo falta realizar las entrevistas en terreno.

Si, en el caso de la estadística, la finalidad de la muestra es seleccionar y entrevistar a perfiles estadísticamente representativos, en el caso de las entrevistas cualitativas, el objetivo es seleccionar y entrevistar a “perfiles socialmente representativos” (Alonso, 1998). En el presente caso, se ha entrevistado a un espectro variado de perfiles: desde expertos y líderes sociales, que se erigen en modelos de opinión, hasta el personal sociosanitario tradicional y biomédico, que tiene un contacto directo con la problemática estudiada.

A continuación se expone, por una parte, fuentes documentales más relevantes para el objeto de estudio, y que incluyen informes, estudios, artículos, papers, leyes, y declaraciones, y por otra parte las entrevistas (individuales y grupales) que se han desarrollado durante el trabajo de campo. Y posteriormente se describen las entrevistas y los entrevistados.

### 4.3.1. Fuentes documentales.

Las fuentes documentales analizadas han sido las siguientes:

---

#### **Documentos de oficinas dentro del sistema de las Naciones Unidas.**

Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Trabajando Juntos por la Salud en la Comarca Ngäbe Buglé (2015). ONU Panamá.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007). ONU, Nueva York.

Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 9 de la Convención. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. Panamá (2010). CEDR.

Compilación de observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial sobre países de América Latina y el Caribe (1970-2006). CEDR.

La medición multidimensional de la pobreza. Duodécima reunión del Comité Ejecutivo de la Conferencia Estadística de las Américas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). CEPAL.

Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries (2010). CEPAL.

Informe de pobreza multidimensional en México (2008). CEPAL.

La Tributación para el Crecimiento Inclusivo (2016). CEPAL.

Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá. Mesa Nacional de Desarrollo Indígena. Propuesta consolidada. PNUD (documento no publicado).

Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá (2002). PNUD.

Informe Nacional de Desarrollo Humano (2014). PNUD.

Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015. PNUD.

Objetivo de Desarrollo del Milenio (2014). PNUD.

Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, James Anaya. La situación de los derechos de los pueblos indígenas de Panamá (2014). PNUD.

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 (2013). OMS.

The promotion and development of traditional medicine (1978). OMS.

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (2002). OMS.

Programa de Medicina Tradicional (2002). OMS.

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine (2000). OMS.

Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe-Buglé. OPS (Organización Panamericana de Salud).

Convenio N° 169. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (2007). OIT.

---

---

#### **Documentos del Ministerio de Salud Panameño (MINSa).**

Evolución Indicadores Objetivos 4 y 5 Desarrollo del Milenio. MINSa, Región de Salud Ngöbe-Buglé.

Indicadores de salud básicos. Panamá 2014. MINSa.

Diagnóstico del Sistema de Información de Salud de Panamá (2007). Red Métrica de Salud Panamá. MINSa.

Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015. MINSa.

Situación de salud Panamá 2013. MINSa.

---

---

Diagnóstico situacional y plan de salud para los pueblos indígenas de Panamá 2008-2010. MINSA. Medicina Tradicional Indígena. Un sistema de salud (2007). DASI. MINSA.

Formulación de la Política Nacional de Salud 2010-2015 con enfoque de interculturalidad en los recursos humanos (2010). DASI. MINSA.

Boletín Estadístico. Anuario 2013. Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA.

---

---

#### **Otras instituciones públicas panameñas.**

Situación de la población. El proceso de la transición demográfica en Panamá (2016). INEC (Instituto Nacional de Estadística).

Censo de población y vivienda Panamá (2010). INEC (Instituto Nacional de Estadística).

Manual sobre Medicina Tradicional, Comunidad Notente, Distrito de Kankintú, Corregimiento de Calante, Comarca Ngäbe-Buglé. ANAM (Autoridad Nacional del Medioambiente), Panamá.

Atlas de la Comarca Ngöbe Buglé (2002). ANAM (Autoridad Nacional del Medioambiente), Panamá.

Plan estratégico de desarrollo de la Comarca Ngäbe Buglé (2008). FIS (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola), Panamá.

Indigencia y pobreza (2014). MEF (Ministerio de Economía y Finanzas, República de Panamá).

Constitución Política de la República de Panamá (2004).

Ethnobotanical inventory of medicinal plants uses by guaymi indians in Western Panama, Part I & Part II (1989). Universidad de Panamá, Chiriquí.

---

---

#### **Entidades sociales indígenas e indigenistas.**

Pueblos indígenas en Panamá: Una bibliografía (2012). ACUN (Acción Cultural Ngöbe).

Ni Ngöbe Nünadi Kóre (El pueblo Ngöbe vivirá siempre). Ley 10 y Carta Orgánico Administrativa. ACUN (Acción Cultural Ngöbe).

El cacao y los colibríes, ley 11 (Del 26 de marzo de 2012). ACUN (Acción Cultural Ngöbe).

Proyecto de organización y desarrollo de la medicina tradicional ngöbe. ASASTRAN (Asociación de Agentes de Salud Tradicional y Natural Ngöbe), Panamá.

Legislación territorial indígena de Panamá”, II Seminario internacional sobre administración de justicia y pueblos indígenas (2012), Costa Rica. COONAPIP (Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá).

Tejiendo Alianza para la Defensa de la Madre Tierra (2012). Declaración de la IV Cumbre de Líderes Indígenas de las Américas.

Declaración de Kuerima (2005). Primer Congreso Nacional de Medicina Tradicional. Distrito Mironò, Comarca Ngäbe-Buglé

Universidad Ngäbe-Bukle. Proyecto de Universidad Indígena Intercultural Autónoma en Panamá. Fundación Cultural Ngäbe Bukle

---

---

#### **Documentos oficiales del “Buen Vivir”.**

Constitución Política de la República Plurinacional de Bolivia (2009).

Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”. Gobierno Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y de Deportes.

“El vivir bien como respuesta a la crisis global: cambio climático, agotamiento del planeta, crisis del agua, crisis alimentaria, crisis del tiempo, fin de la energía barata, crisis financiera”. Ministerio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia (2009),

Constitución Política de la República de Ecuador (2008).

---

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). “Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017”. República del Ecuador.

Estructura y proceso de desarrollo del Qamaña / espacio de bienestar (2010). Choquehuanca, C.

El Buen Vivir, una oportunidad por construir (2008). Acosta A.

Vivir bien/buen vivir. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales (2010). Huanacuni, F.

El vivir bien como respuesta a la crisis global: cambio climático, agotamiento del planeta, crisis del agua, crisis alimentaria, crisis del tiempo, fin de la energía barata, crisis financiera (2009).

Ministerio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia.

---

#### **Artículos y papers.**

Pobreza en Panamá baja de 25% en 2014 a 22% en 2015 (8-10-2015). MEF (Ministerio de Economía y Finanzas, República de Panamá).

MINSa firma convenio de cooperación con Asociación de Agentes de Salud Tradicional Natural Ngäbe (ASASTRAN) (18-3-2016). MINSa (Ministerio de Salud de Panamá)

Medicina natural en vilo (5-2-2009). La Estrella de Panamá.

Medicina tradicional se abre paso (7-5-2016). La Prensa, Panamá.

Panamá: El crecimiento económico a expensas de la política (2013). Revista de Ciencia Política. Panamá.

Unido a estos documentos se revisó y se analizó la exigua literatura antropológica que ha estudiado a los ngöbes, su idiosincrasia, su cultura y su medicina tradicional. Entre los autores más destacados cabe destacar:

- ✓ La obra del antropólogo norteamericano Philippe D. Young, con 51 obras según “Bibliografía de los pueblos indígenas en Panamá” (2013). Centrada en los años ‘60 y ‘70, sobre la tradición y los cambios culturales entre los ngöbes (utilizando en muchas de sus obras el término guaymi en vez de ngöbe, que era como se nombraba a este pueblo originario durante la colonia).
- ✓ El trabajo de la antropóloga francesa Françoise Guionneau Sinclair entre los años ‘60 y los años ‘80 sobre los Mama Tadtä (religión oficial de la Comarca).
- ✓ El estudio realizado en los ‘90 por la socióloga argentina Noemi Farinoni y la doctora Claude Verges de López para analizar el perfil de la mujer ngöbe en relación a la salud y a las tradiciones sanitarias ancestrales: “Mujer ngöbe: salud y enfermedad” (1998).
- ✓ El trabajo del antropólogo norteamericano Keith Bletzer en los años ‘80 sobre dos síndromes culturales, el *ha ko botika* y el *chakore*, en la península de Valiente de la Comarca Ngäbe Buglé.

#### **4.3.2. Entrevistas individuales y grupales.**

Las entrevistas grabadas, transcritas y analizadas, así como una conversación mantenida en redes sociales —que, por su valor, se incluye en este apartado—, han sido realizadas a los siguientes perfiles:

---

**Entrevistas grabadas**

Líderes de ASASTRAN (médicos tradicionales)  
Líderes de Ichi Druribo (médicos tradicionales)  
Médico tradicional independiente  
Médicos  
Médicos tradicionales asociados  
Personal sociosanitario en la comarca (no *ngöbe* y *ngöbe*)  
Director de asuntos sanitarios indígenas  
Dirigentes y personal de la Universidad Ngäbe Buklé  
Líder *ngöbe* ambientalista (Movimiento M10)  
Experto en movilización política *ngöbe* y ambientalista  
Vicepresidente de la Fundación Libertad<sup>3</sup>  
Presidente de la CIDEM

---

La proporción entre las entrevistas transcritas y aquellas que se ven reflejadas en notas tomadas es la siguiente:


Entrevistas	Grabadas	No Grabadas	Total
Individuales	11	10	22
Colectivas	5 <sup>4</sup>	4	8
Total	16	14	30

De las cuales:

Entrevistas	Médicos y personal sociosanitario	Médicos tradicionales	Expertos y activistas
Grabadas	5	7	4
No grabadas	7	2	5
Total	12	9	9

*A continuación se indican las características de las personas entrevistadas:*

**Activistas y expertos (A)**

-  **Activista ambientalista *ngöbe* (A1)** perteneciente al movimiento 10 de abril (M10), que comprende la Coordinadora por los Recursos Naturales e Hídricos de la comarca

---

<sup>3</sup> Las opiniones del Vicepresidente de la Fundación Libertad quedaron reflejadas en una conversación en redes sociales. En los casos restantes, las perspectivas fueron manifestadas en entrevistas individuales o colectivas.

<sup>4</sup> Se incluyen dentro de las entrevistas grupales, los diálogos mantenidos en redes sociales con el Vicepresidente de la Fundación Libertad y el experto en gobernabilidad del PNUD.

Ngäbe Buglé<sup>5</sup> Este movimiento social lideró la lucha política en contra de los proyectos extractivos, minerales e hídricos del Gobierno de Martinelli, durante los años 2011 y el 2012; lucha que culminó en la aprobación de la ley 11, por la que se paralizaban dichos proyectos. Posteriormente, sin embargo, el conflicto volvió a emerger ante la inminente apertura de las obras en la Hidroeléctrica de Barro Blanco. El conflicto sigue abierto, pero con un nuevo actor: la administración del presidente Varela. En esta nueva situación, la incidencia de la violencia ha sido mucho menor que durante los años 2011 y 2012.

- ✚ **Experto en movilización política ngöbe (A2).** Este entrevistado cuenta con una amplia experiencia en el terreno. En efecto, ha presentado una tesis doctoral sobre los *ngöbe* y su movilización política, en la Universidad de Florida. Es, además, dirigente de la ONG Alianza para la Conservación y el Desarrollo (ACD), entidad dedicada a la conservación y a la promoción de modelos alternativos de desarrollo<sup>6</sup>.
- ✚ **Experto en gobernabilidad (A3)** por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Panamá (PNUD)<sup>7</sup> y director del Centro de Iniciativas Democráticas (CIDEM)<sup>8</sup>, fundación panameña de corte progresista dedicada al estudio y la investigación.
- ✚ **Vicepresidente de la Fundación Libertad (A4):** fundación liberal de gran influencia en Panamá y con ramificaciones en toda Latinoamérica, cuya misión es: “Difundir y defender los principios de libertad individual y ampliar sus espacios para promover una sociedad de personas libres y responsables”. Entre sus principales referencias intelectuales se encuentran Hayek y Von Mises, de la escuela austriaca<sup>9</sup>.
- ✚ **Presidente de la Fundación Ngöbe Buklé (A5).** La Fundación Ngöbe Buklé es una entidad nativa orientada hacia proyectos educativos, con el objetivo de rescatar y conservar la cultura tradicional. Además de defender la especificidad cultural, están abiertos a la colaboración y al intercambio de experiencias y conocimientos con otras entidades.
- ✚ **Rector de la Universidad Ngäbe Buklé (A6).** La Universidad Ngäbe Buklé es un proyecto de universidad indígena localizado en territorio indígena y compuesto por personal nativo. Busca colaboraciones con otras universidades, en especial aquellas sensibilizadas con la diferencia étnica y cultural, aunque está abierta a la colaboración de cualquier entidad interesada. Este proyecto ha empezado con programas formativos de desarrollo local, pero pretende extender su formación a la medicina intercultural, a la justicia, la economía y el derecho indígenas.
- ✚ **Abogado de la Universidad Ngäbe Buklé (A7).**
- ✚ **Profesor de la Universidad Ngäbe Buklé (A8).**

---

<sup>5</sup> <https://www.facebook.com/Movimiento10DeAbrilm10>. Consultado el 15/06/2016.

<sup>6</sup> <https://acdpanama.wordpress.com/2016/04/30/alianza-para-la-conservacion-y-el-desarrollo/> Consultado el 15/06/2016.

<sup>7</sup> <http://www.undp.org/content/panama/es/home.html> Consultado el 15/06/2016.

<sup>8</sup> <http://cidempanama.org/> Consultado el 15/06/2016.

<sup>9</sup> <http://www.fundacionlibertad.org.pa/html/index.php?id=1> Consultado el 15/06/2016.

- ✚ **Cacique local de la comarca Ngäbe Buglé (A9).**

### ***Médicos tradicionales (B)***

- ✚ **Presidente de Ichi Druribo (B1)** y botánico tradicional. Ichi Druribo, institución de médicos tradicionales, solo incorpora parteras y botánicos no sukias. Opera en una de las regiones de la comarca, Ño Kribo, aunque no dispone de personalidad jurídica.
- ✚ **Médico tradicional de Ichi Druribo (B2)** y antiguo alcalde de Kankintú (Comarca Ngäbe Buglé), con el PRD —partido de centro izquierda creado por Omar Torrijos—.
- ✚ **Médico tradicional de Ichi Druribo de Bisira (B3).**
- ✚ **Presidenta de ASASTRAN (B4):** única entidad de médicos tradicionales que opera en las tres regiones de la comarca. A pesar de constituir un organismo mayoritariamente compuesto por botánicos y parteras, también incorpora a sukias. ASASTRAN ha desarrollado diferentes actividades junto con el Ministerio de Salud, en programas de atención conjunta de medicina tradicional y occidental, así como en programas de capacitación. La presidenta, además de ejercer su cargo ejecutivo en esta entidad, es partera tradicional.
- ✚ **Médica tradicional de ASASTRAN (B5),** que estuvo atendiendo en el Centro de Salud de Ñurum. Aunque públicamente reconocida como botánica tradicional, es en verdad sukia.
- ✚ **Médico tradicional independiente (B6) a cualquier** entidad de médicos tradicionales, por convicciones personales. Ha solicitado mantener su anonimato, ya que las autoridades tradicionales le han pedido que no transmita su experiencia.

### ***Personal del Ministerio de Salud (C)***

- ✚ **Director de la Dirección de Asuntos Indígenas Sanitarios (DASI) (C1)** del Ministerio de Salud panameño: no indígena.
- ✚ **Directora del Centro de Salud de Bisira (C2):** no indígena.
- ✚ **Enfermera no indígena (C3)** del Centro de Salud de Bisira.
- ✚ **Enfermera indígena (C4)** del Centro de Salud de Bisira.
- ✚ **Enfermero no indígena (C5)** del Centro de Salud de Bisira.
- ✚ **Estadística del Centro de Salud de Bisira (C6):** *ngöbe* y casada con un médico tradicional.
- ✚ **Enfermero del Centro de Salud de Bisira *ngöbe* (C7).** De padre médico tradicional, está oficialmente integrado en Ichi Druribo como botánico tradicional, a pesar de ser sukia.
- ✚ **Farmacéutico del Centro de Salud *ngöbe* (C8).** En su familia hay varios médicos tradicionales, e incluso un sukia.
- ✚ **Mediadora del MINSA para los médicos tradicionales, no nativa (C9).** Tuvo experiencia en el proyecto frustrado de armonización de la medicina occidental y la medicina latina.

## 5. El Canal de Panamá y las Comarcas Indígenas: una sociedad dual.

---

### 5.1. *Panamá y el Canal. Principales claves e indicadores del Singapur Latinoamericano*<sup>10</sup>.

Según el escritor, periodista y novelista británico Graham Greene<sup>11</sup>, Panamá es una especie de caballo de Troya yanqui, una eterna aspirante a ser Suiza, pero más parecida a Casablanca o a Tánger. Esta crítica del popular novelista y guionista británico es quizás demasiado gráfica al identificar dos contextos que no tienen nada que ver con Panamá (ni Suiza, ni Marruecos), y algo desfasada (la pérdida de influencia de EE.UU. en el Istmo es evidente). Pero la virtualidad del análisis de Greene es mostrar la tensión entre dos tendencias presentes en el país, la de un sector de la población que vive en el marco de una economía desarrollada e internacionalizada (comparación con Suiza) junto con otros sectores de población que viven en condiciones de profundo subdesarrollo (comparación con Marruecos).

Panamá, según el informe del INEC (Instituto Nacional de Economía y Censo de Panamá) “El Proceso de transición demográfica en Panamá” (INEC, 2016), tiene una población de 4.037.043 habitantes. Siete de cada diez panameños vive en zonas urbanas. Panamá tiene una extensión de 75.517 km<sup>2</sup>. El país es pequeño en extensión y uno de los menos poblados en América Latina, localizado en el Istmo que une América Central con América del Sur.

Más del 50% de la población vive en el eje Ciudad de Panamá (capital, en el Pacífico)-Colón (segunda ciudad de Panamá, en el Caribe). Este eje centraliza la mayor parte de la actividad económica -más del 70% del PIB, siguiendo datos de INEC- y coincide con el área geográfica donde se sitúa el Canal de Panamá (el único canal interoceánico entre el Océano Atlántico y el Océano Pacífico), importante generador de divisas y en proceso de expansión.

---

<sup>10</sup> Artículo de la sección internacional de “El País”, el 7 de abril de 2012: “Panamá, el Singapur latinoamericano”. En [http://internacional.elpais.com/internacional/2012/04/07/actualidad/1333813436\\_423450.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2012/04/07/actualidad/1333813436_423450.html) (consultado el 11-09-2016).

<sup>11</sup> Henry Graham Green escritor, guionista, y crítico de literatura y cine británico. Escritor de novelas como “El factor humano”, “El americano impasible” o de guiones como “El tercer hombre” (protagonizada por Orson Welles). Amigo de Omar Torrijos y escritor del ensayo “Descubriendo al general” sobre el general Torrijos con epílogo de Gabriel García Márquez.



Colón cuenta con la segunda zona franca para el comercio en el mundo tras Hong Kong: la Zona Libre de Colón (ZLC). A su vez, Ciudad de Panamá cuenta con el Centro Bancario Internacional (CBI), el centro financiero más importante de la región. Estos factores hacen del Istmo un verdadero centro de servicios a nivel internacional, concitando el interés de muchas empresas y organismos. Más de 100 multinacionales han establecido su centro operativo regional (a nivel latinoamericano) en la ciudad capital (Bayer, Philips, Google, etc) además de diferentes oficinas de organismos internacionales (el PNUD, la OIT, la OMS, etc).

A finales de los 90' y principios del 2000' se dio un 'boom' extraordinario en el sector turismo, con una destacada inversión de millones de dólares en nuevas facilidades turísticas lo largo del país, tanto en playas como en montañas, y también en el sector inmobiliario, con inversiones que superaron el billón de dólares. Esta demanda fue orientada principalmente a apartamentos, con una demanda interna, y también una importante demanda del exterior, especialmente de jubilados norteamericanos, de Canadá, y de Europa, principalmente España e Italia, personas que buscan una segunda vivienda de uso estacional, a lo que se suma ahora una creciente demanda de latinoamericanos de países vecinos que encuentran en Panamá un sitio ideal para establecerse e invertir.

Según el INEC, en la economía panameña los servicios llegan a ser el 79,4% del PIB, mientras que industria y agricultura solo llegan al 16,8% y al 3,8% del PIB, respectivamente, siendo fundamentales las siguientes actividades: la logística, el comercio internacional, los servicios de intermediación financiera y la construcción. En estos últimos años, la construcción ha adquirido mucha importancia en el marco de grandes obras no residenciales como la ampliación del Canal (el nuevo juego de esclusas), el metro en la ciudad capital, la reforma del aeropuerto internacional, el saneamiento de la Bahía de Panamá, la construcción de carreteras y puentes, etc, teniendo estos últimos años menos peso la construcción residencial.

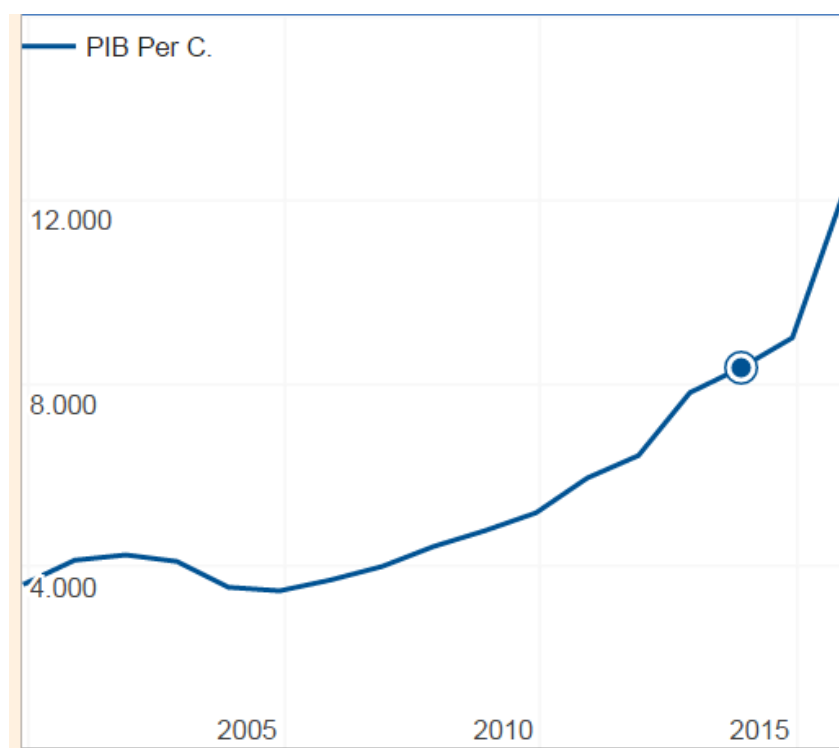
Panamá es un país de renta media-alta a nivel mundial, con una renta per cápita anual que supera los 12 mil euros en 2015, por lo que pasar a ser un país 'desarrollado' es un horizonte que se percibe cercano.

**Tabla 1: Evolución PIB y PIB Per capita Panamá.**

Fecha	PIB Mill. €	Var. Anual	Fecha	PIB Per C.	Var. Anual
2015	46.982€	5,8%	2015	12.148€	27,0%
2014	34.777€	6,1%	2014	8.992€	6,2%
2013	32.111€	6,6%	2013	8.338€	7,0%
2012	29.525€	9,2%	2012	7.794€	22,1%
2011	23.911€	11,8%	2011	6.421€	8,6%
2010	21.715€	5,8%	2010	5.930€	15,5%
2009	18.614€	1,6%	2009	5.170€	9,1%
2008	16.908€	8,6%	2008	4.779€	6,3%
2007	15.410€	12,1%	2007	4.433€	3,9%
2006	13.648€	8,5%	2006	3.999€	7,9%
2005	12.414€	7,2%	2005	3.705€	6,8%
2004	11.405€	7,5%	2004	3.467€	-2,2%
2003	11.437€	4,2%	2003	3.544€	-13,7%
2002	12.995€	2,2%	2002	4.107€	-3,4%
2001	13.184€	0,6%	2001	4.250€	2,8%
2000	12.576€	2,7%	2000	4.135€	14,8%
1999	10.739€	3,9%	1999	3.604€	

**Fuente:** Expansión (diario económico e información de mercados), [www.datosmacro.com/pib/panama](http://www.datosmacro.com/pib/panama). Consultado el 15/06/2016.

**Gráfico 1: Evolución PIB Per cápita Panamá.**



**Fuente:** Expansión (diario económico e información de mercados), [www.datosmacro.com/pib/panama](http://www.datosmacro.com/pib/panama). Consultado el 15/06/2016.

El Istmo destaca por su acelerado proceso de crecimiento. Durante la última década, Panamá ha sido una de las economías de más rápido crecimiento en todo el mundo. El crecimiento medio anual fue del 7,2 por ciento entre 2001 y 2013, más del doble del promedio de la

región. La economía panameña creció un 6,2 por ciento en 2014, un 5,8 por ciento en 2015, y para el 2016 la previsión es de un 5,9 por ciento.

(Fuente: Banco Mundial, <http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>, consultado el 15/06/2016).

El desempleo según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) es del 5,1% de la población activa, por lo que se acerca al pleno empleo. Pero el 39,9% de los trabajadores tienen empleos informales (INEC, 2015).

**Tabla 2:** Indicadores de la República de Panamá.

<b>Principales Indicadores</b>		
	<b>Periodo</b>	<b>Variación</b>
IPC (Marzo)	2016/15	0.6%
IPC (Anual)	2015/14	0.2%
IPM (Diciembre)	2015/14	-4.0%
IPM (Anual)	2015/14	-5.7%
IMAE - serie original	01/16	4.10%
IMAE - tendencia ciclo	01/16	4.36%
PIB (Trimestral)	IV/15	5.3%
PIB (Anual)	2015	5.8%
<b>Tipo de cambio oficial fijo (B/. = US\$): 1.00000</b>		
Tasa de participación en la actividad económica (Agosto)	2015	64.2%
Desempleo Total (Agosto)	2015	5.1%
Tasa de Desempleo Abierto (Agosto)	2015	3.8%
Subempleo Visible (Agosto)	2015	2.5
Subempleo Invisible (Agosto)	2015	8.3
Empleo Informal (Agosto)	2015	39.9
Tasa de mortalidad (Por mil habitantes)	2014	4.6
Tasa de natalidad (Por mil habitantes)	2014	19.2
Tasa de mortalidad infantil (Por mil nacimientos vivos)	2014	13.8
Niños Trabajadores, Encuesta Trabajo Infantil	2014	26,710
Tasa de Participación en Trabajo Doméstico: Encuesta Uso de Tiempo; Hombres	2011	37.1%
Tasa de Participación en Trabajo Doméstico: Encuesta Uso de Tiempo; Mujeres	2011	72.1%
MICS- Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	2013	91.6
MICS- Lactancia exclusiva antes de los 6 meses	2013	21.5

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Contraloría General de la República de Panamá, <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>, Consultado el 15/06/2016

A pesar de este desarrollo económico el país sufre una profunda desigualdad en la distribución de la riqueza. El 20% de la población más rica recibe cerca del 60% del ingreso total mientras que, en el otro extremo, el 20% más pobre apenas supera el 3% (Banco Mundial, 2014).

Según el Informe de Desarrollo Humano del PNUD (IDH) a nivel Latinoamérica, Panamá ocupa el octavo puesto en relación al Coeficiente Gini de Ingresos. Este índice mide la desviación de la distribución del ingreso (o consumo) entre los individuos u hogares de un país. El valor de 0 representa la igualdad absoluta y el valor de 100 la desigualdad absoluta, a nivel mundial Panamá ocupa el lugar diecinueve, y a nivel Latinoamérica es el octavo país, en un informe del Banco Mundial que incluye a 135 países, con un alto coeficiente, que numéricamente alcanza el 51,7 en 2013.

**Tabla 3:** Coeficiente Gini siguiendo informe de desarrollo humano del PNUD, los 8 países con un índice más alto a nivel Latinoamérica.

Ranking LATAM	Países	Índice Gini
1	Honduras	57
2	Bolivia	56,3
3	Colombia	55,9
4	Guatemala	55,9
5	Brasil	54,7
6	Paraguay	52,4
7	Chile	52,1
8	<b>Panamá</b>	<b>51,7</b>

**Fuente:** Banco Mundial, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>, 2013. Consultado el 15/06/2016.

Según el Ministerio de Economía y Finanzas del gobierno panameño<sup>12</sup> en 2014, por primera vez tras 23 años de medición, el coeficiente Gini se ubicó por debajo de 0,50 (por debajo del 50 extrapolándolo a la forma de medir del Banco Mundial), registrando 0,49. Y al cierre de marzo de 2015, esa tendencia a la baja se mantuvo, con 0,48.

A su vez es importante distinguir diferentes tipos de pobreza en Panamá. Hay una gran diferencia de la tasa de pobreza de las zonas urbanas respecto de las zonas rurales. Pero la diferencia entre la tasa de pobreza de las zonas urbanas respecto de la tasa de pobreza en territorios indígenas es mucho más acusada. Si en marzo de 2014 se calculaba que la tasa de pobreza no extrema en zonas urbanas ascendía al 13,8%, en zonas rurales esta tasa ascendía al

<sup>12</sup>Nota de prensa del Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno Nacional de Panamá, <http://www.mef.gob.pa/es/noticias/Paginas/DisminuyebrechadedesigualdaddeingresosenPanama.aspx>. Consultado el 15/06/2016.

50,2% y en comarcas indígenas este porcentaje llega al 89,8%, prácticamente toda la población.

A nivel nacional, el porcentaje de personas en estado de pobreza llega al 25,8% en 2014, mejorando desde el 27,6% del 2011, pero sigue siendo un porcentaje alto. Uno de cada cuatro panameños es pobre. Pero en zonas de difícil acceso y áreas indígenas, los datos son mucho más preocupantes y el problema es que los indicadores no mejoran sustancialmente.

El Istmo, históricamente, es un lugar con gran importancia geoestratégica a nivel circulación de bienes y mercancías, desde la colonia española hasta la actualidad. Fruto de esa dinámica de entrada y salida de mercancías y bienes, y unido a las grandes obras de ingeniería (ferrocarril, el Canal, etc), históricamente, en el Istmo se han establecido diferentes etnias, nacionalidades y grupos humanos.

Con los trabajos de construcción del ferrocarril y del Canal llegaron trabajadores de muchas naciones lejanas. Destacando numéricamente la comunidad china cantonesa, la indostana, la judía y la árabe. Son también notables las migraciones de países latinoamericanos como Colombia, Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Jamaica y Perú, entre otros. Si a esto se le unen 7 pueblos indígenas, que disponen de territorios colectivos (comarcas indígenas) y una importante presencia de población de origen africano, que se instalaron durante la colonia española y durante la construcción del Canal, se puede comprender la gran diversidad cultural de la sociedad panameña.

## **5.2. *Panamá una sociedad dual.***

Panamá tiene una economía estratégicamente posicionada en la globalización económica erigiéndose en un centro económico regional. El Istmo tiene una economía de servicios que destaca por su canal interoceánico, único entre el Océano Atlántico y el Océano Pacífico, la obra de ingeniería más importante del siglo XX. La economía panameña dispone de una importante circulación de mercancías y de bienes (el comercio internacional y la logística), y de una vigorosa economía financiera.

Como ya señalábamos anteriormente, es importante destacar la desigual distribución de la riqueza en Panamá, una de las peores de Latinoamérica. En las ciudades es patente esa desigualdad, pero en el ámbito rural existen unas condiciones sociales muy desfavorables, y en el caso de las comarcas indígenas la situación es mucho más grave. En los territorios indígenas muchos de los indicadores económicos, sociales y vitales son equiparables a Haití, u otros países de la África Subsahariana.

La tasa de mortalidad infantil a nivel nacional es del 13,2 por cada mil nacidos vivos, mientras que en la Comarca Ngäbe Buglé es de 20,3. En el caso de la mortalidad materna, las diferencias son aún más notables: si el promedio nacional es 80,5 por cada mil nacidos vivos, pero en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé es de 300,5. La Comarca se encuentra con unos bajos niveles de presencia de personal sanitario: 2,6 médicos-enfermeros por cada 10 mil habitantes (Fuente: MINSA, 2014).

En cuanto a los servicios sanitarios básicos, a nivel nacional, el 92,9% de los panameños tienen acceso a agua apta para el consumo humano, mientras que en el Comarca Ngäbe Buglé solo el 28% tiene acceso a este recurso vital (Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010, INEC, Panamá).

En el caso del analfabetismo, el promedio nacional es de 5,5%, mientras que en la Comarca Ngäbe Buglé el analfabetismo afecta al 30,8%. (Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010, INEC, Panamá).

En Panamá son especialmente marcadas las diferencias entre la zona del Canal (eje Ciudad de Panamá-Colón) y las comarcas indígenas. Estas diferencias podríamos caracterizarlas como propias de una sociedad dual. Una sociedad en la que conviven dos “mundos”, ambos disponen de la misma bandera, del mismo gobierno, viven en el mismo país, pero sus necesidades, sus modos y formas de vida, sus culturas y sus inquietudes son muy diferentes.

En Panamá las comunidades que viven en las comarcas indígenas se encuentran con una generalizada situación de emergencia social. Estas comarcas ocupan el 22,2% del territorio, teniendo como principal actividad la agricultura de subsistencia, con tasas muy altas de pobreza (superando el 80%) y un modelo socioeconómico con profundos déficits en el acceso a bienes y servicios básicos (salud y educación). Estas comunidades tienen entre sus demandas básicas la supervivencia de sus idiosincrasias y de sus formas culturales ancestrales.

La marginalidad y pobreza de las comarcas indígenas de Panamá se manifiesta en indicadores sociales de marginalidad y pobreza similares a los de Haití o a los de muchos países del África Subsahariana. Estas Comarcas demandan unos mínimos niveles de equidad política y económica, y también demandan el reconocimiento de su diversidad, como claves para su desarrollo, pero se encuentran “con unas autoridades y unas élites que son incapaces de conectar con esas necesidades” (Brown y Lunas, 2013).

Estos dos mundos, las comarcas y la zona canalera, disponen de diferentes modelos políticos. En la comarca conviven las autoridades tradicionales (caciques) con los poderes democráticos propios de la administración occidental (alcaldes, gobernadores, etc), mientras que en las zonas no comarcales la administración pública toma la forma exclusiva de las instituciones occidentales (la administración central, provincial, etc).

Estos dos ‘mundos’ cuentan con diferentes modelos económicos, uno centrado en los servicios, que es el propio de la zona canalera, y otro, centrado en el sector primario de la agricultura y ganadería, que es el de las comarcas (aunque en el caso de la Comarca Guna Yala el turismo tiene un peso específico como recurso económico).

Estos dos mundos viven separados por intereses políticos y económicos muy diferentes, pero sobre todo estos dos mundos están afectados por una colosal desigualdad en la distribución de poder político y económico. El eje canalero (Colón-Panamá) concentra la mayor capacidad de decisión y control del país, mientras que las áreas comarcales son muy dependientes de este eje, principal centro de poder en el Istmo.

Este poder económico y político tiene su correlato simbólico y cultural en una hegemonía cultural, siguiendo términos gramscianos, unas percepciones, unos valores, unas explicaciones y unas creencias que se traducen en unos modos de vida, unas prácticas cotidianas, etc, que se erigen en estándares de validez universal o de referencia en la sociedad panameña. Esta hegemonía es heterogénea pero tiene como una de sus principales características no integrar importantes dimensiones de la idiosincrasia y la cultura de las minorías culturales.

Estos dos mundos, la sociedad canalera y las comarcas, se encuentran en ocasiones de forma abrupta. En el caso de la Comarca Ngöbe-Buglé, los encuentros entre estos ‘dos mundos’ son

fruto de los conflictos entre los intereses nacionales e internacionales que quieren explotar los recursos naturales de las tierras colectivas (hídricos y minerales) y las comunidades indígenas, que son moradores ancestrales de esos territorios y pretenden defender y conservar la gestión y administración de sus territorios.

En estos conflictos entre las multinacionales y las comunidades, además de las reivindicaciones ecológicas, que son las que originariamente crean el conflicto, emergen toda una serie de demandas a modo de “equivalencias” (Laclau, 2005): sanitarias, educativas, económicas, culturales, etc. Estas demandas plurales desbordan las reivindicaciones ecológicas originarias del conflicto y posibilitan articular todo ‘un paquete’ de medidas, teniendo el reconocimiento de las especificidades culturales un peso determinante.

Estos dos ‘mundos’ plasman diferentes modelos de sociedad, diferentes cosmovisiones. Uno de los modelos es propio de las economías más pujantes a nivel mundial, el ‘liberal-tecnocrático’, y otro modelo es más propio de sociedades tradicionales que buscan formas alternativas de modernización. En este último, la cultura, las tradiciones, los saberes tienen una importancia central en el orden social. Estos modelos que en ocasiones son considerados como primitivos y erráticos, despliegan una dinámica diferente, e instauran en su seno lo que el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos denomina “epistemologías del sur” (Sousa Santos, 2010) en las cuales se mezclan diferentes saberes y conocimientos (tanto modernos como tradicionales).

En el debate académico, una de las narrativas que analizan las sociedades latinoamericanas en su relación de lo rural con lo urbano, se articula en torno a los conceptos de dualidad y concordancia. La concepción de la dualidad social (Davidson, 1947; Lambert, 1967; Tumín y Fieldman, 1971) entendería que existe una división que sitúa a los latinoamericanos en dos grandes polos, en dos sistemas de valores: uno ‘el urbano’ que posee los valores de la clase media, el progreso y la modernidad, y otro polo, ‘el rural’, que adopta los valores tradicionales, propios de la clase baja, más primitivos y erráticos. Frente a estos planteamientos, la teoría de la concordancia (Seligson, 1972) adoptaría el modelo de la convivencia de lo rural y lo urbano, de lo moderno y de lo tradicional, etc, poniendo en cuestión este tipo de dicotomías infinitas que escinden diferentes dimensiones de las sociedades latinoamericanas: tradición vs. modernidad, cultura vs. ciencia, naturaleza vs. tecnología, razón vs. emoción, cuerpo vs. alma, etc. La escuela de la concordancia apostaría por el fin del sistema colonial y del “colonialismo interno” (Rivera Cusiquanqui, 2013) con el objeto de avanzar en procesos de democratización y reconocimiento de la diversidad.

La teoría de la concordancia sostiene que existe una “concordancia” de valores culturales, valga la redundancia, entre los diferentes sectores sociales latinoamericanos. Esta correspondencia posibilitaría implementar políticas culturales transversales sin tener que eliminar las particularidades, ni las diferencias sino que integrándolas. En definitiva, asumiría la máxima “somos iguales pero diferentes” como un factor constitutivo de la sociedad. En la



teoría de la concordancia se maneja un continuum entre “modernidad y tradición” frente al planteamiento dicotómico de la teoría de la dualidad que entiende la relación entre “modernidad y tradición” como dos polos escindidos. A modo de ejemplo se pueden mencionar estudios estadísticos en la República de Costa Rica (Serligson, 1972) sobre la correlación de los valores, demostrando grandes semejanzas entre los valores de la clase media y la clase baja, entre los grupos urbanos y los grupos rurales, respecto a una gran variedad de temas: la natalidad, las costumbres médicas, el sistema de ‘chaperonazgo’, el padrinazgo, la asistencia a la iglesia, etc.

Frente a los relatos que describen a la modernidad o a la tradición como procesos monológicos se puede apreciar la pluralidad tanto en ‘la modernidad’ (en los contextos urbanos) como en ‘la tradición’ (tanto en los contextos rurales como las comarcas indígenas), siendo destacables los procesos de hibridación. Siguiendo al célebre antropólogo argentino Néstor García Canclini en “Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad”, la hibridación cultural son “procesos socio-culturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas” (García Canclini, 2012). Es importante destacar que la hibridación es un proceso abierto (no un concepto), que no es voluntario, ni programático, ni siquiera deseado. El enfoque de la hibridación cultural no suele dar cuenta de las exclusiones, de los choques y de los solapamientos que están presentes en los intercambios culturales, dando una imagen de estos como encuentros apacibles, horizontales y exentos de conflictos. Siguiendo a la socióloga venezolana Ybélce Briceño, “la hibridación cultural no visibiliza la forma en la que los intercambios culturales son afectados por las desiguales y asimétricas relaciones de poder que sufren las sociedades latinoamericanas” (Briceño, 2006). El enfoque de la hibridación cultural pone el foco en el pluralismo, la mezcla y el profundo dinamismo como características fundamentales de los intercambios culturales contemporáneos.

En Panamá el concepto “Comarca” tiene dos connotaciones:

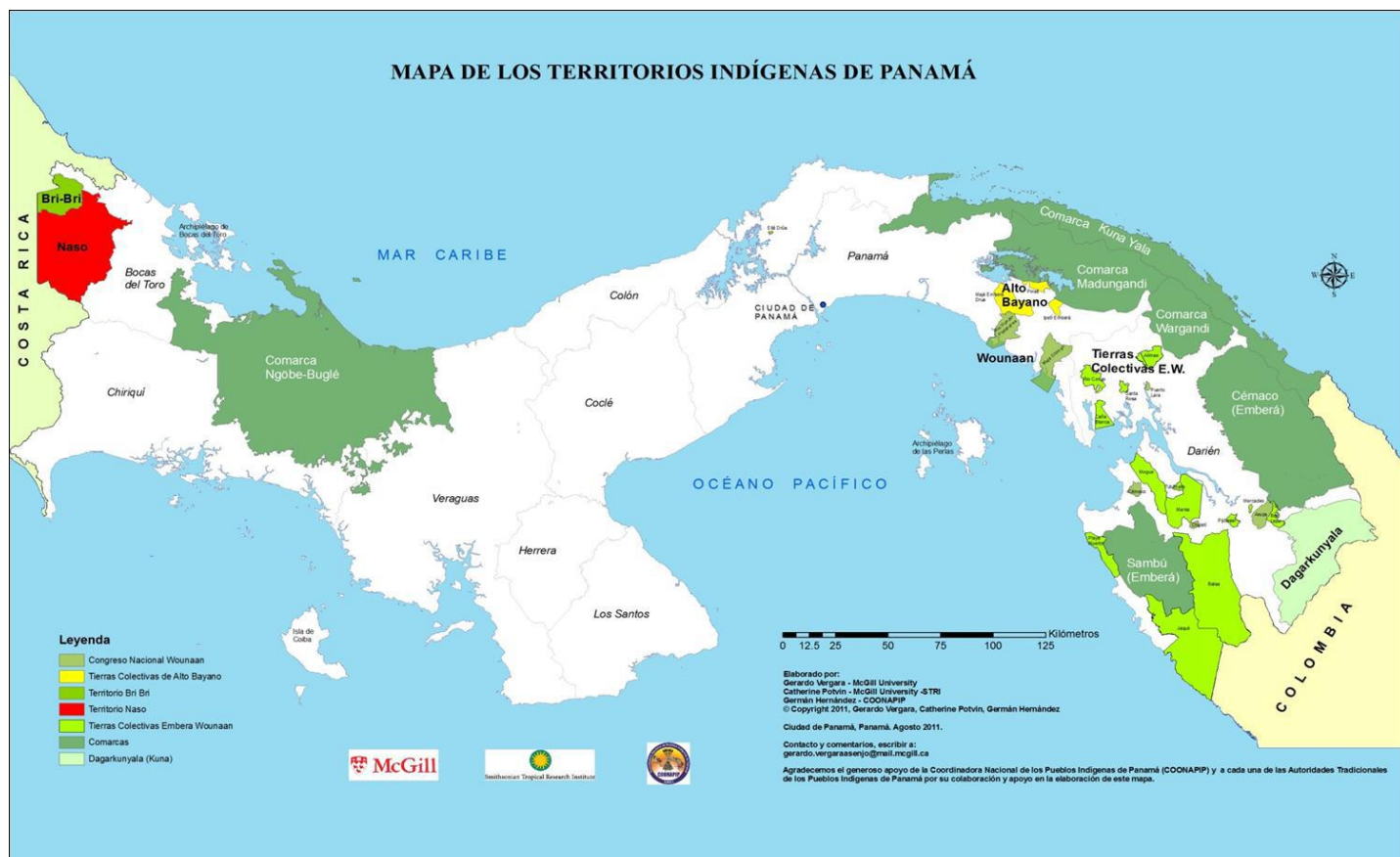
- a) La oficial, que define a las comarcas como territorios geográficamente alejados del centro de poder político, fruto de una concesión flexible del usufructo de la tierra a los indígenas, sin ello afectar a los derechos soberanos del Estado.
- b) La que otorgan los pueblos indígenas, comprendiendo a las comarcas como el resultado de la lucha por el reconocimiento de su estructura política y administrativa tradicional, de su autonomía, de su identidad y de sus valores históricos culturales, dentro de la nación panameña, es decir no aspiran a construir un nuevo estado-nación pero si a construir una sociedad con su ‘hecho diferencial’ sin renunciar al desarrollo.

Además de las Comarcas existen territorios indígenas que no están dentro de los límites territoriales de las comarcas. Para reconocer y proteger estos territorios se adoptó la Ley Nº 72 del 23 de diciembre de 2008 que daba respuesta una demanda de los pueblos indígenas. Esta ley señala que el título de propiedad colectiva será imprescriptible, intransferible,

inembargable e inalienable, y garantiza el bienestar económico, social y cultural del pueblo indígena. La ley abarca los territorios no comarcales:

- El Congreso General de Tierras Colectivas Emberá y Wounaan, ubicadas en Darién y Panamá.
- Las tierras del Congreso General Emberá del Alto Bayano, ubicadas en Panamá Este.
- Las tierras del Congreso Nacional del Pueblo Wounaan, ubicadas en la costa de Panamá Este y en Darién.
- Las tierras del Congreso General de Dagargunyala.
- Las tierras del pueblo Bribri, ubicadas en la provincia de Bocas del Toro.

La Ley 72 de 2008 se encuentra en proceso de implementación, y desde el 29 de junio de 2010 cuenta con un reglamento aprobado mediante el Decreto Ejecutivo No 223 en el que se establece el procedimiento para la adjudicación de dicha propiedad colectiva. En el marco de esta ley se han titulado dos territorios colectivos indígenas en la provincia de Darién, se trata de las comunidades de Puerto Lara y Caña Blanca, dos comunidades del pueblo wounaan que son beneficiarias de la figura de propiedad colectiva de las tierras sin ser comarcas.



### **5.3. Contextualización histórica: El Canal y Panamá.**

Panamá es una sociedad con una economía de servicios que destaca, como se ha dicho, por su canal interoceánico. El Canal condiciona toda la historia, la economía, la política y a toda la sociedad panameña.

A lo largo de la historia, Panamá sufrió dos procesos secesionistas: primero del imperio español en 1822 (uniéndose a Colombia en 1831), y segundo en 1903, de Colombia. En 1831, Panamá debido a su fragilidad frente a las potencias occidentales, decide unirse a la Gran Colombia de Simón Bolívar. Panamá fue parte de la República de Colombia desde 1831 hasta 1903, con alrededor de 17 intentos de secesión y 4 separaciones consumadas durante el siglo XIX, hasta la definitiva independencia: el 3 de noviembre de 1903.

En estos procesos históricos tiene una especial importancia la vía interoceánica, El Canal de Panamá. La historia del Canal de Panamá, como vía acuática, remonta a los primeros exploradores, ya que como vía terrestre ya fue utilizada por los pueblos originarios ngöbe y emberá (previamente a la colonización española) y posteriormente fue utilizada por los colonizadores españoles.

En el siglo XVI los españoles construyeron un camino que uniría la costa del Pacífico con la costa atlántica atravesando el Istmo de Panamá. La ruta se llamaría el Camino Real y se utilizaría para abastecer de artículos europeos a los mercados americanos, y enviar con destino a España los metales preciosos procedentes del Virreinato del Perú.

El camino se usó intensamente, pero los continuos problemas durante la estación lluviosa llevarían a la creación de una nueva ruta. Así en 1569, el Virrey del Perú, Francisco de Toledo, ordenó construir un nuevo camino que tendría una parte terrestre (de ciudad Panamá hasta la población Cruces) y una parte fluvial aprovechando el río Chagres. Esta ruta recibiría el nombre del Camino de Cruces.

La importancia del tránsito de mercancías por ambos caminos se pone de manifiesto en los datos que indican que entre 1531 y 1660, de todo el oro que ingresó a España procedente del Nuevo Mundo, el 60% cruzó por el Istmo de Panamá. Carlos I llegó a encargar a Pascual de Andagoya la construcción de un canal a través del río Chagres, a lo cual se negó el entonces Gobernador de 'Tierra Firme'. Igualmente, Felipe II buscó la misma idea en Nicaragua, la cual también fracasó.

El Camino Real duró muchos años, y fue utilizado incluso en la década de 1840 por los buscadores de oro contagiados por la fiebre del oro que atravesaba California. En el siglo XIX, después de tres siglos en los que el Camino Real, y más tarde el sendero de Las Cruces, habían servido como vía de comunicación a través del Istmo, resultaba evidente que era necesaria una alternativa más barata y rápida. Dada la enorme dificultad que entrañaba construir un canal se optó por construir un ferrocarril, la cual constituía una excelente alternativa.

A mediados del siglo XIX, varios factores se volvieron a favor de esta posibilidad: la adquisición de la Alta California por los Estados Unidos en 1848, y el creciente movimiento de los colonos norteamericanos hacia la costa oeste, creando una demanda de una vía rápida entre los océanos. Este proyecto de construcción del ferrocarril fue potenciado por el previo descubrimiento del oro en California. El ferrocarril de Panamá se construyó a través del Istmo entre 1850 y 1855, recorriendo 76 km desde Colón, en la costa atlántica, hasta la ciudad de Panamá, en el Pacífico. El proyecto fue una obra cumbre de la ingeniería de su época. Hasta la apertura del Canal de Panamá, el ferrocarril transportó el mayor volumen de carga (por unidad de longitud) en el mundo. La existencia del ferrocarril fue clave en la selección de Panamá como emplazamiento para la construcción del Canal.

Después de la finalización del Canal de Suez en 1869, en Francia se elaboró un plan para construir un canal interoceánico entre el océano Atlántico y el océano Pacífico. En 1879 se creó *La Société internationale du Canal* para realizar la obra y dos años después consiguió la concesión del gobierno colombiano. Ferdinand de Lesseps, encargado de la construcción del Canal de Suez, lideró el proyecto. La climatología, las enfermedades, las dificultades del terreno y el gran número de muertes (más de 22.000 muertes entre 1881 y 1889), unido a la bancarrota acabaron con el proyecto que solo llegó a completar dos quintas partes de sus objetivos. El 15 de mayo de 1889 la obra fue suspendida.

En 1894 el gobierno colombiano otorgó otra concesión para la *Compagnie Nouvelle du Canal de Panama* para finalizar la construcción del Canal. Pero este proyecto se frustró de nuevo, la sospecha que EE.UU iba a construir un canal en Nicaragua generó la sombra de la posible inviabilidad económica del Canal de Panamá.

En EE.UU, la administración de Theodore Roosevelt, estaba desde hace años estudiando la posibilidad de construir un canal interoceánico. En 1889 la octava comisión del Canal (*La Comisión Walker*), trabajó para analizar las potencialidades de un canal interoceánico en Centroamérica y recomendó una ruta. En noviembre de 1901, la comisión informó que un canal estadounidense debería ser construido a través de Nicaragua a menos que los franceses

estuvieran dispuestos a aceptar 40 millones de dólares (ya que eran los concesionarios de las obras y habían realizado una parte del recorrido).

Theodore Roosevelt mantuvo su apoyo a la opción de construir el canal en Panamá en vez del canal de Nicaragua (según muchas fuentes la ruta nicaragüense era la primera opción de *la Comisión Walker* no solo por razones económicas sino también por las características del terreno). Panamá pertenecía todavía a Colombia, así que Roosevelt inició las negociaciones con la República de Colombia para obtener los derechos necesarios para la construcción del Canal de Panamá. A inicios de 1903 se firmó el Tratado Herran-Hay entre los Estados Unidos y Colombia, pero el Senado de Colombia decidió no ratificar este tratado.

En un movimiento polémico, Roosevelt apoyó a rebeldes panameños (liberales) que estaban luchando contra el bando conservador colombiano en la Guerra de los Cien Días (1899-1902). El presidente norteamericano se comprometió a dar el apoyo militar a la causa de los liberales en aras de la independencia de Panamá. Panamá procedió a proclamar su independencia el 3 de noviembre de 1903. Previamente se había rubricado la firma del tratado de paz, en el barco estadounidense de guerra *Wisconsin* (21 de noviembre de 1902), entre panameños rebeldes (liberales) y colombianos (conservadores).

A EE.UU se le permitió el control de la Zona del Canal de Panamá, que se hizo efectiva el 23 de febrero de 1904, con la consiguiente pérdida de soberanía, 10 millas de ancho a lo largo de la ruta interoceánica, por la suma de 10 millones de dólares americanos, como se había estipulado en el *Tratado Hay-Bunau-Varilla*, firmado el 18 de noviembre de 1903.

La gran obra de ingeniería, el Canal de Panamá, fue terminada en 1914, utilizando tecnología avanzada para la época, con motores eléctricos como sistemas para mover las compuertas de las esclusas, sistemas de vías de ferrocarril para movilizar las toneladas de material excavado y la construcción del lago Gatún, el lago artificial más grande del mundo hasta esa época. Algunos aspectos en salud pública resultaron de relevancia ya que se consideraron como uno de los obstáculos que motivaron el fracaso de la empresa francesa. El saneamiento y la fumigación de las áreas, así como la reconstrucción de los acueductos y alcantarillados de las ciudades de Panamá y Colón, fueron decisivos para frenar la incidencia de las enfermedades tropicales.

Los tratados del Canal concedían la administración de una franja de terreno de 10 millas de ancho a lo largo de la vía interoceánica al gobierno de los Estados Unidos. Esta concesión generó situaciones de conflicto entre ambas naciones en décadas siguientes.

Las controversias políticas surgidas por la interpretación de los tratados, eran consideradas como una amenaza a la soberanía panameña y acentuaban las diferencias entre las autoridades del Istmo y las de la Zona del Canal. En 1914, el Presidente Belisario Porras plantea por primera vez la necesidad de un nuevo tratado sobre el Canal de Panamá.

El *Tratado Arias-Roosevelt* de 1936, firmado por los presidentes Harmodio Arias Madrid de Panamá y Franklin Delano Roosevelt de Estados Unidos, anula el principio de la intervención militar norteamericana en los asuntos internos del estado panameño, cambiando las bases jurídicas del tratado para garantizar la independencia de Panamá.

En 1948 se crea la *Zona Libre de Colón* como una institución autónoma del estado panameño, por el Presidente Enrique A. Jiménez. La Zona Libre de Colón se constituye como una zona franca que aprovecha la posición geográfica, los recursos portuarios y el Canal como paso de rutas navieras mundiales. La firma del *Tratado Remón-Eisenhower* de 1955, entre los presidentes José Antonio Remón Cantera de Panamá y Dwight David Eisenhower de Estados Unidos, le otorga nuevas ventajas económicas a la economía istmeña y el pago de arriendos a Panamá por el Canal.

El 9 de enero de 1964, estudiantes del Instituto Nacional lideran un movimiento que reclama la izada de la bandera panameña junto a la estadounidense en la Zona del Canal, según los acuerdos *Chiari-Kennedy* de 1962. Esta reivindicación terminó con disturbios estudiantiles y enfrentamientos con la población civil. Como medida para controlar la situación, el gobernador de la Zona del Canal autoriza al ejército estadounidense a intervenir, abriendo fuego contra civiles panameños dejando un saldo de 21 muertos y más de 300 heridos, los llamados 'mártires del 9 de enero'. El Presidente de Panamá Roberto F. Chiari, en una situación sin precedentes en el continente americano, rompe relaciones diplomáticas con los Estados Unidos de América y declara el no reinicio de las mismas hasta que se acordara abrir negociaciones para un nuevo tratado. En abril de 1965, ambas naciones retoman las relaciones diplomáticas, y el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson accede a iniciar conversaciones con el propósito de eliminar las causas de conflicto entre ambas naciones.

En 1965, Panamá y Estados Unidos firmaron la *Declaración Robles-Johnson*, entre los presidentes Marco Aurelio Robles de Panamá y Lyndon B. Johnson de Estados Unidos, en los cuales se tocaron temas como la administración del canal, la exploración para un canal a nivel por una nueva ruta, o la defensa de la vía acuática.

El 11 de octubre de 1968, a sólo unos días de haber asumido la presidencia el Dr. Arnulfo Arias Madrid, los mandos medios de la Guardia Nacional dan un golpe de estado. A partir de aquí, se

establece el inicio de una dictadura militar en el país que duro 21 años, bajo 4 regímenes distintos. El primero, denominado la Junta Militar (1968-1969), el segundo, el gobierno de Omar Torrijos llamado también *El Proceso Revolucionario del 11 de octubre* (1969-1981), el tercero, el gobierno de Rubén Darío Paredes (1981-1983), y el cuarto, el gobierno de Manuel Antonio Noriega (1983-1989). Este periodo terminó en 1989 con la invasión norteamericana. Noriega fue apresado por las tropas norteamericanas y llevado ante los tribunales norteamericanos acusado de narcotráfico, marcando el fin de la dictadura militar en Panamá.

En 1972, el gobierno militar del General Torrijos emite una nueva constitución política (que sigue vigente) en la cual se le reconoce como líder del proceso revolucionario del 11 de octubre y jefe del estado panameño. Este periodo fue para un sector de la población una dictadura militar y para otros, el inicio de un proceso revolucionario de sectores populares que trajo consigo el desarrollo de un mayor grado de igualdad social. Omar Torrijos fue un líder popular, que irrumpió en un país que 'siempre había sido dirigido por las mismas familias'. Pero es importante destacar que el general Torrijos siempre destacó por su pragmatismo y por no definirse como marxista. Omar Torrijos creó el Partido Revolucionario Democrático, el PRD, partido clave en la historia política panameña. En el gobierno de Torrijos, por primera vez, se escuchaban otros 'apellidos' en la administración del gobierno. Omar Torrijos centró gran parte de su acción política en abordar el problema de la soberanía nacional que estaba siendo sustraída por un agente externo (EE.UU).

En 1977 el general Torrijos, en calidad de jefe de estado de Panamá, y el presidente de EE. UU, Jimmy Carter, firmaron los Tratados Torrijos-Carter que establecen la entrega de la administración del Canal de Panamá y el cierre de todas las bases militares estadounidenses en territorio panameño, con la promesa que los militares panameños retornen a los cuarteles y se reinstale un sistema democrático en Panamá. El sistema democrático no se consolidó hasta después de la invasión norteamericana (1989).

Dentro del periodo militar, Omar Torrijos es una figura singular en la historia panameña. De origen humilde, además de un líder popular carismático, encarnó una figura que consiguió la recuperación de la ansiada soberanía perdida. Omar Torrijos llegó a ser un líder latinoamericano de izquierdas, que se caracterizaba por su pragmatismo, tenía buenas relaciones con Fidel Castro y con la administración norteamericana, crítico con la injerencia de EE.UU en Centroamérica. Así, se convirtió en árbitro y consejero de numerosos asuntos vitales de las relaciones exteriores panameñas. El más destacado de sus proyectos de política exterior fue el apoyo prestado a los sandinistas en 1978 y 1979, para derrocar el régimen dictatorial de Anastasio Somoza en Nicaragua.

Torrijos fue el creador de la llamada 'diplomacia telefónica' en Latinoamérica. Algunos dirigentes del Tercer Mundo le instaron a que compitiese con el presidente cubano Fidel



Castro por el liderazgo del Movimiento de los No Alineados, organización en la que siempre fue muy respetado. Muerto en un misterioso accidente de aviación en 1981, su política nacionalista fue continuada por el general Noriega, que acabó siendo derrocado, detenido y encarcelado por el gobierno de George Bush (padre).

En los años '70 coincidiendo con el gobierno de Torrijos, se inicia un movimiento político indígena entre los ngöbes, reivindicando su comarca. Previo a este proceso de empoderamiento, el gobierno de Torrijos había observado este movimiento con interés, y para 1977 creó por primera vez una comisión mixta integrada por ngöbes y expertos en ciencias sociales, bajo la dirección del Ministerio de Gobierno y Justicia, con el fin de atender a las demandas de estos colectivos y formular una política indigenista. Por primera vez en la historia panameña se articulaba una política específica dirigida a atender las demandas de los ngöbes. A principios de la década de los '80 la delegación ngöbe elige al Dr. Camilo O. Pérez como asesor del anteproyecto de ley para la definición de un territorio del pueblo ngöbe, este proceso se dilató más de una década.

El 27 de diciembre de 1989, una vez derrocado el régimen militar, se hace un nuevo escrutinio de las elecciones anuladas por el golpe militar de 1968. Este nuevo escrutinio dio a Guillermo Endara (arnulfista, heredero del partido creado por Arnulfo Arias) el triunfo con 62,5% de los votos frente al 24,9% de Carlos Alberto Duque Jaén, sustentado por la progubernamental Coalición de la Liberación Nacional (COLINA), integrada por el Partido Revolucionario Democrático (PRD), el Partido Liberal, el Partido Laboral Nacional, entre otros.

En 1994, gana las elecciones Ernesto Pérez Valladares del PRD (el partido creado por Omar Torrijos). La gestión de gobierno de 1994 a 1999 destacó por una reforma intensa del estado panameño, que ya había sido empezada por Endara y es continuada por Pérez Valladares. En 1995 bajo el gobierno de Ernesto Pérez Valladares (PRD) se presenta un anteproyecto a la Asamblea Nacional para la definición de la Comarca Ngöbe-Buglé. Finalmente en 1997 se aprueba la ley 10 por la cual se crea la Comarca Ngöbe-Buglé, posteriormente se dicta la ley 28 de 1998 y el decreto número 194 de 1999 articulando la comarca en sus tres regiones (*Ño Kribo, Nidriní y Kädrini*)

Las reformas desarrolladas en los años '90 abarcaban privatizaciones de las instituciones públicas (nacionalizadas por el PRD en la década de los 60: energía, telecomunicaciones, el ferrocarril, puertos, etc), un programa de ajuste económico y una reforma laboral. Esta serie de reformas de marcado corte liberal, se alejan del sentido de redistribución económica del PRD, estableciendo un punto de inflexión en la política panameña, centrándose más en la idea de la gestión y en la administración económica que en la soberanía.

Una vez recuperada la soberanía canalera, que fue el epicentro de las políticas izquierdistas durante el mandato de Omar Torrijos, la gestión y la administración 'eficiente' se vuelven en las claves de la acción gubernamental. Tras Ernesto Perez Balladares, ganó las elecciones, en 1999, Mireya Moscoso (viuda de Arnulfo Arias). Este giro en la forma de gobernar se va reforzando, y una vez que el Canal pasa a manos panameñas en el 2000, los perfiles de la dirección de la Autoridad del Canal de Panamá (ACP) se orientan al marketing y a la mercadotecnia frente a los perfiles más orientados a la ingeniería, que eran los propios de la administración americana. En 2004, ganó las elecciones Martin Torrijos (hijo de Omar Torrijos).

En 2009, ganó Ricardo Martinelli, empresario panameño, dueño de la exitosa una cadena de supermercados 'Super 99'. El empresario crea un nuevo partido, Cambio Democrático (CD). Martinelli, definido por muchos medios críticos como un candidato de la antipolítica. El electorado panameño entendió como principal virtud del candidato Martinelli que "se haría acompañar de empresarios que llevaran sus métodos de trabajo y estándares de eficiencia a la administración pública" (En Brown Araúz, Harry y Lunas Vásquez, Clara Inés. "Panamá: El crecimiento económico a expensas de la política". Revista de Ciencia Política. Panamá, 2013). El criterio de eficiencia es la principal, y prácticamente única, guía de acción para el gobierno (Brown y Lunas, 2013).

Finalmente, en 2014, gana Juan Carlos Varela del Partido Panameñista (heredero del partido arnulfista, de Arnulfo Arias) por un escaso margen. Teniendo en cuenta que en Panamá los candidatos solo se pueden presentar una vez, por lo que Martinelli no se pudo presentar. Cambio Democrático, partido creado por Ricardo Martinelli, mantiene su mayoría en la Asamblea Nacional.

La evolución de la historia del Canal y la historia de Panamá son dos procesos convergentes que determinan la historia, la economía, la política, la cultura, etc, en definitiva toda 'la vida' del país.

A modo esquemático, podríamos definir tres fases claves 'en la orientación política y económica del país por parte del Canal':

**Fase 1:** El Canal como clave para la soberanía, clave para la independencia de Colombia. Se cuenta con el apoyo militar de EE.UU para garantizar la soberanía frente a posibles intentos de recuperarla por parte de Colombia. Este pacto de defensa de la soberanía incluye la concesión de la construcción y la administración del Canal, así como la concesión a EE.UU de la soberanía de 10 millas a lo ancho del Canal.

**Fase 2: El Canal como pérdida de soberanía.** Fruto de la cesión de la soberanía del Canal a EE.UU, 10 millas a lo ancho de la vía interoceánica, se generan diferentes conflictos históricos entre EE.UU y Panamá. Esta situación generó diferentes controversias y posibilitaron la emergencia de un antagonismo político de izquierdas, que tuvo como máximo representante a Omar Torrijos. Este antagonismo se disolvió con la recuperación de la soberanía negociada en el Pacto Torrijos-Carter (1977).

**Fase 3. El Canal como un problema técnico (gestión y administración) y no de soberanía.** Una vez conseguida la recuperación de la soberanía por el tratado Torrijos-Carter, Panamá recobra la administración del Canal y de *la zona revertida (las 10 millas)*. Producida 'la reversión del Canal' y la restauración del régimen democrático, las políticas propuestas por los diferentes partidos tienden a desembocar en programas tecnocráticos de corte neoliberal. En este contexto, Panamá se vuelca en demostrar a los escépticos que es capaz de gestionar el Canal sin ayuda estadounidense (Porras, 2007), se diluyen los discursos izquierdistas siendo absolutamente residuales. Como constatación de este tendencia, en las últimas elecciones generales, las de 2014, por primera vez en muchos años se presentaron dos coaliciones con programas netamente izquierdistas, el MIREN y el FAD, que juntos no sumaron ni el 1,5% de los sufragios. En las últimas décadas, Panamá ha transitado en una fase de continuado crecimiento económico, del 2003 al 2013, según CEPAL, es el país que más ha crecido de media en todo el mundo.

En 2016 se han finalizado las obras de ampliación del Canal de Panamá, al construir el tercer juego de esclusas, tras el referéndum planteado por Martin Torrijos en 2006. Las obras han sido realizadas por el consorcio Grupos Unidos por el Canal (GUPC) liderado por la española Sacyr Vallehermoso, con participación de capital internacional y panameño.

En este contexto de internacionalización y globalización económica es importante destacar que los principales puertos del Canal son gestionados por multinacionales de capital foráneo, con alguna presencia de capital nacional privado (principales familias de la oligarquía panameña). La pluralidad de actores políticos y económicos en la zona 'transitista' dificulta la posibilidad de articular la imagen de 'un enemigo extranjero homogéneo', como sucedió en el siglo XX con EE.UU.

Los principales puertos son gestionados por los siguientes actores nacionales e internacionales<sup>13</sup>:

- ✓ El puerto de Manzanillo Internacional Terminal es gestionado por Carrix, Inc (EE.UU) y las familias Motta y Heilbron (Panamá).

---

<sup>13</sup> Fuente: <http://logistics.gatech.pa/es/assets/seaports>. Consultado el 15/06/2016

- ✓ El puerto Colon Container Terminal es gestionado por Evergreen Group y HWL (China).
- ✓ El puerto de Cristobal por Hutchison Port Holdings (China).
- ✓ PSA Panama International Terminal es gestionado por una empresa pública de Singapur.

La presencia de capital extranjero de diferente procedencia en la economía canalera dificulta elaborar cualquier discurso político antiimperialista o anticolonial donde 'el enemigo' sea claramente distinguido. Este contexto es completamente diferente al que se encontró el gobierno de Torrijos, en el cual EE.UU era el rival a batir.

El 14 de junio de 2013 el gobierno nicaragüense otorgó a Wang Jing, presidente de la compañía HK Nicaragua Canal Development Investment Co. (HKND), la concesión para la construcción de un Canal por Nicaragua, alternativo al de Panamá. Este proyecto no tiene fecha de comienzo, ni fecha de duración de las obras, pero ante esta potencial competencia se aumenta el imperativo de mejorar la eficiencia de la gestión económica del Canal de Panamá.



## 6. Las reivindicaciones y las luchas políticas de los indígenas panameños. “La visibilización” de los indígenas por medio del conflicto.

---

*Los pueblos indígenas han quedado invisibles, solos, sin acceso a caminos, a mediana empresa, a créditos... se ha perdido seguridad en la tierra; han quedado los pueblos indígenas solos en el silencio (Menchú Tum, 2010).*

El Canal de Panamá, con una longitud aproximada de 80 kilómetros, desde la Costa Pacífica en la ciudad capital (Panamá) hasta la Costa Atlántica en la ciudad de Colón, constituyen el centro político, económico y simbólico de Panamá. El resto del país queda eclipsado por este centro de poder, en especial, las comarcas indígenas que constituyen modelos sociales tradicionales y comunitarios alejados de las lógicas mercantiles y financieras de la zona transitista.

El Canal invisibiliza a las Comarcas, y estas solo se visibilizan o solo adquieren interés público cuando existen conflictos. En estos conflictos emergen una multiplicidad de demandas articuladas en torno a dos polos: la mejora de las condiciones de vida y el reconocimiento de su especificidad cultural y política.

La Comarca Ngäbe Buglé es el territorio de Panamá más afectado por la pobreza y la pobreza extrema, constituye “la población prioritaria para la ayuda al desarrollo” (PNUD, 2015). La Comarca centraliza una destacada cantidad de recursos para el desarrollo, tanto por autoridades nacionales (diferentes ministerios y organismos públicos), como multilaterales (PNUD y BID), Pero estos proyectos de desarrollo que constituyen un vínculo fundamental con “la sociedad transitista” no tienen reflejo en los medios de comunicación masivos, solo los conflictos violentos posibilitan visibilizar a “los ngöbes” en los debates públicos y en los *mass media*.

Con el objeto de mostrar la primacía de la violencia y los conflictos en los discursos de los *mass media* sobre los indígenas, el día 9 de marzo de 2015, en una búsqueda de la edición *on line* del periódico panameño *La Estrella de Panamá*. El término de búsqueda, “indígenas”, ofreció 25 noticias<sup>14</sup>:

---

<sup>14</sup> <http://laestrella.com.pa/tag/indigenas/990> consultado el 09/03/2016

- ✓ 23 noticias corresponden al conflicto entre el estado panameño y los ngöbes, por la hidroeléctrica de Barro Blanco.
- ✓ 1 noticia se dedica al asesinato de la lideresa indígena Berta Cáceres, en Honduras.
- ✓ 1 noticia versa acerca del rezago de los indígenas en el acceso a la tecnología y a los servicios básicos.



Edición digital de *La Estrella de Panamá*, 9 de marzo de 2016

En Panamá existen siete pueblos indígenas con un total que sobrepasa los 400.000 habitantes. En el último censo realizado en el año 2010 se contabilizaban 417.559 indígenas pertenecientes a los pueblos bri bri, buglé, emberá, guna, naso, ngöbe y wounaan. Representando el 12,7 % del total de la población panameña. Dos pueblos, el ngöbe y el guna, componen las dos terceras partes del total de la población indígena.

Hay un grupo, el bokota (el que podría ser el octavo pueblo indígena de Panamá), sobre el que se mantienen grandes discrepancias respecto a si forma parte del pueblo buglé o no, sin que aún se haya llegado a un acuerdo científico al respecto. Se incluye como grupo en el censo, pero en la Red de Políticas Públicas Indígenas del Gobierno de Panamá no lo contabiliza como grupo reconocido.

Antropólogos como Blas Quintero (presidente de ACUN, Acción Cultural Ngöbe, destacada ONG panameña) hablan de este grupo, pero una parte del personal técnico del estado panameño niega su existencia<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> En concreto a Demetrio Santamaria, psicólogo comunitario de la Región de Salud de la Comarca Ngäbe-Buglé, que ha viajado a los asentamientos donde supuestamente vivirían los bokota y no los ha localizado, considera que “los denominados como bokota serían los Bri bri”. Otros técnicos, sin embargo, creen que los bokota son los buglés.

**Tabla 4:** Población indígena en Panamá por grupo reconocido.

Grupos indígenas reconocidos en Panamá.	Población (en nº de habitantes).
<b>Ngöbe</b>	260.058
<b>Guna</b>	80.526
<b>Emberá</b>	31.284
<b>Buglé</b>	24.912
<b>Wounaan</b>	7.279
<b>Naso</b>	4.046
<b>Bri bri</b>	1.068

**Fuente:** Censo de Población y Vivienda de Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo, [http://estadisticas.contraloria.gob.pa/inec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/Portal?&BASE=LP2010&MAIN=WebServerMain\\_censos.inl](http://estadisticas.contraloria.gob.pa/inec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/Portal?&BASE=LP2010&MAIN=WebServerMain_censos.inl), Consultado el 15/06/2015.

Como el resto de países del continente americano, Panamá reconoce ciertos derechos a los indígenas en la Constitución, como la promoción de la identidad étnica y cultural, al tiempo que garantiza a las comunidades indígenas 'la reserva de las tierras necesarias y la propiedad colectiva de las mismas para el logro de su bienestar económico y social'.

En el marco constitucional se manifiesta la singularidad de los territorios indígenas, en distintas regiones del país en donde se reconoce su estructura política tradicional, su autonomía, su identidad y sus valores históricos culturales 'como parte del sistema nacional', aunque no se reconoce en la Carta Magna el carácter pluricultural de Panamá. De hecho, en el texto constitucional no se reconoce explícitamente a las comarcas, se limita a mencionar unidades territoriales 'sujetas a regímenes especiales'. Esto en alguna medida puede influir en que no se haya procedido a la demarcación de comarcas para los pueblos naso y bri bri, reivindicación histórica de estos pueblos. Lo mismo ocurre con dos poblaciones guna en la frontera con Colombia y otras emberá y wounaan en esta misma zona del país.

Es importante destacar que no toda la población indígena está ubicada en comarcas y que esta población tiende a emigrar a zonas urbanas, en especial hacia el Área Metropolitana de Panamá (AMP). Según el último censo, el 40% de los gunas viven en sus comarcas (Madugandi, Wargandi y Guna Yala), el 53,3% de los ngöbe y buglé viven en su comarca, pero en el caso de los emberá y los wounaan, solo el 24% vive en su comarca (Fuente: Censo de Población y Vivienda, INEC, 2015).

El concepto de comarca fue elaborado por los indígenas que veían, un posible marco para que las tierras pasaran a ser colectivas y no fueran enajenadas por terceros o por manos privadas, y como una forma de desarrollo social y económico. La legalización de territorios indígenas a través de las comarcas no es reciente. La más antigua se inició en 1938 y se concretó en 1953,



la actual Comarca Guna Yala (denominada originariamente como Comarca de San Blás). A lo largo de los años le siguieron la Comarca Emberá-Wounaan de Darién (1983), la Comarca Guna de Madungandi (1996), la Comarca Ngäbe-Buglé (1997) y la Comarca Guna de Wargandi (2000). Es un proceso que aún no se ha cerrado y en alguna de las actuales comarcas, como la de Wargandi, todavía hay cuestiones pendientes de reglamentar –incluyendo conflictos entre indígenas y colonos no indígenas- mientras que en otras, caso de la Comarca Ngäbe-Buglé, aún se está realizando la demarcación sus límites.

Los pueblos indígenas cuentan con atribuciones de autogobierno considerables dentro de las comarcas, incluyendo la elección de sus líderes locales y el control de sus asuntos internos dentro de las comarcas. Además las autoridades dentro de las comarcas gozan de control formal, aunque no siempre efectivo, sobre los recursos no renovables dentro de las comarcas. Muchos servicios estatales de desarrollo económico y social son implementados en coordinación con las autoridades indígenas en las comarcas. Cabe notar, sin embargo, que el Gobierno sigue controlando el gasto de los fondos públicos y maneja los ingresos de los impuestos dentro de las comarcas.

A continuación se presenta un mapa en el que se diferencian las 9 provincias y las 5 comarcas indígenas, las comarcas ocupan el 22,2% del territorio panameño. En el caso de las provincias están numeradas, y en el caso de las comarcas el número viene precedido de una C.

El nombre de las comarcas es:

- **C4: Comarca Ngäbe-Buglé.**
- **C2: Comarca Guna Yala.**
- **C3: Comarca Madugandi.**
- **C5: Comarca Wargandi.**
- **C1: Comarca Emberá-Wounaan.**



Canal de Panamá

La existencia de comarcas indígenas, que originariamente adoptaron el modelo de la reserva, fue progresivamente cambiando, fruto de las demandas de los pueblos originarios, hacia un modelo de descentralización administrativa, aunque este modelo de descentralización adolece de mucha indefinición lo que hace que las autoridades tradicionales sean órganos consultivos más que ejecutivos.

Pero hay un hecho histórico que marcó el devenir de los pueblos indígenas en Panamá, *la Revolución Dule*<sup>16</sup>, se refiere a los hechos acaecidos en 1925, los indígenas gunas se rebelaron ante las autoridades panameñas, que obligaban a los indígenas a occidentalizar su cultura a la fuerza. En esta revolución se proclamó la República de Dule, de corta existencia. Cuando se unificó nuevamente con Panamá, los gunas con el aval del gobierno panameño, crearon un territorio autónomo llamado Comarca Indígena de San Blás en 1938 (en la actualidad Comarca Guna Yala), que garantizaba la seguridad de la población y cultura guna, este modelo de reconocimiento de la territorialidad se ha ido generalizando a otros grupos indígenas.

La Revolución Dule significó el inicio del movimiento por la lucha de la autonomía político-administrativa de los pueblos amerindios en el continente en el siglo XX. El alcance de este hito histórico como precursor de esta lucha política de los pueblos originarios es un hecho poco conocido tanto en América como en Panamá.

La Revolución Dule tuvo éxito, en gran parte, gracias a la intervención de los EE.UU. Richard Oglesby Marsh (explorador estadounidense), fue el impulsor de la República Dule, a su regreso a Panamá en enero de 1925, encontró un conflicto entre policías e indígenas a punto de estallar, por lo que pidió la intervención de militares estadounidenses de la Zona del Canal, para que ejercieran un protectorado, y redactó 'la Declaración de independencia y derechos humanos del pueblo Tule y de Darién'. 'La República Dule' duró unos días y se integró al estado panameño con celeridad. Marsh obtuvo el apoyo del embajador estadounidense, quien ayudó a que el gobierno panameño firmara un acuerdo de paz que garantizara los derechos humanos y políticos de los gunas.

Panamá es uno de los primeros países del mundo en reconocer la protección de los derechos de los pueblos indígenas a nivel administrativo y en adoptar políticas públicas de defensa de sus tradiciones y su idiosincrasia, único país en Latinoamérica que utiliza la figura de la comarca para reconocer el territorio de las comunidades indígenas.

A pesar que los territorios indígenas poseen una inmensa riqueza en recursos naturales, el empobrecimiento entre su población es alarmante y preocupante, sobretudo en un país con unos niveles de ingreso per cápita medio-altos<sup>17</sup>. La altísima tasa de pobreza en las comarcas indígenas es un fenómeno difícilmente comprensible en un país con este nivel de riqueza, cerca del 90% de los habitantes de las comarcas está por debajo de la línea de pobreza. En el caso de la mujer indígena, la Conferencia Internacional del Trabajo de la ONU cifraba el porcentaje de pobreza en el 98,5% y de este porcentaje, el 89,7% sufre una pobreza extrema

---

<sup>16</sup> En la lengua originaria de la población indígena se utiliza tanto el término *Dule* como el término *Tule*, ambas acepciones son correctas, al igual que *guna* o *kuna*.

<sup>17</sup> Según Latinvex en 2013 Panamá pasó a ser el segundo país en renta per cápita, tras Chile en América Latina.

(Fuente: Conferencia Internacional del Trabajo, 2010. Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Panamá.).

Para dar cuenta de la precaria situación de los pueblos indígenas se entienden como fundamentales dos factores: la exclusión social y la discriminación. Sobre este extremo el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU, en el informe del año 2010 expresaba su preocupación por la persistencia de la discriminación racial y sus causas históricas que han provocado la marginación, pobreza y vulnerabilidad de los afro panameños y los pueblos indígenas, asimismo le preocupa que no exista una disposición general que prohíba la discriminación por motivos de raza y que tipifique como delitos los actos de discriminación racial<sup>18</sup>.

Con el reconocimiento de las tierras colectivas, vía el modelo comarcal, no se acaba con los conflictos, propiciados en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé por la entrada de industria extractiva de origen foráneo en las comarcas indígenas, sin consultar a la población autóctona. Es importante destacar que el estado necesita aumentar las fuentes de energía que demanda de la frenética actividad económica que el país genera. En la Comarca Ngäbe-Buglé se incentivó por parte del gobierno la presencia de empresas mineras, de matriz canadiense, sin realizar la consulta previa pertinente, lo que generó un alto nivel de conflictividad.

En 2012 el gobierno panameño aprobó la eliminación del artículo 5 del proyecto de ley N° 415, que establecía un régimen especial de los recursos minerales, hídricos y ambientales en la Comarca, el cual fue consensuado durante 2011. Este hecho derivó en un largo conflicto que desde febrero de 2011 hasta febrero de 2012 movilizó el tejido asociativo ngöbe liderado por la Coordinadora por la Defensa de los Recursos Naturales, Hídricos y Ambientales de la Comarca Ngäbe-Buglé, el Movimiento 10 de abril (M-10).

La coordinadora, el M-10, plateó un largo ‘pulso’ a las autoridades centrales panameñas que tuvo como máxima expresión el corte de la carretera Panamericana (carretera que une toda Centroamérica con EE.UU) durante más de una semana, estas movilizaciones tuvieron el resultado trágico de dos dirigentes indígenas muertos y más de 40 heridos, y generaron expresiones de solidaridad en las otras etnias (especialmente en los gunas y en los emberá), y en movimientos sociales y sindicales panameños. Tras estas movilizaciones, en marzo de 2012, el gobierno de Ricardo Martinelli aprobó la ley 11 para la protección de los recursos minerales, hídricos, y ambientales de la Comarca Ngäbe-Buglé por el cual se cancelaban las concesiones para actividades mineras, se emitían compensaciones para los afectados por las obras hidroeléctricas y se generaban mecanismos de coordinación entre las autoridades centrales

---

<sup>18</sup> Comité para la eliminación de la discriminación racial de la ONU, “Observaciones Finales. Panamá. 76º período de sesiones, 15 de febrero a 12 de marzo de 2010”. CERD/C/PAN/CO/15-20.

panameñas y las autoridades tradicionales para la conservación y la protección medioambiental de las tierras comarcales, como algunas de las medidas destacadas.

Hay sospechas entre dirigentes indígenas que el modelo económico extractivo está en el origen de la negativa gubernamental a legalizar nuevas comarcas indígenas, especialmente la reclamada por el pueblo naso. El gobierno considera que dado el bajo número de naso (4.046 según el censo del año 2010) lo único que se les puede ofrecer es la creación de una comarca conjunta con los bri bri (1.068 según el censo de referencia). Ambos pueblos rechazan esta comarca conjunta y sospechan que tras esta negativa existe un objetivo encubierto de entrega de territorios indígenas a las empresas transnacionales.

Un caso emblemático del conflicto entre las autoridades centrales y las comunidades indígenas es la construcción de una hidroeléctrica en la provincia de Bocas de Toro (área no comarcal) en una zona de especial relevancia, al ser protegida como reserva de la biosfera, “Bosque Protector de Palo Seco”, en la que residían cuatro comunidades ngöbe. La población directamente afectada por la presa era de 1.000 personas y otras 4.000 lo eran de forma indirecta. Esta zona no formaba parte de la Comarca Ngäbe-Buglé pero era una zona protegida. Lo paradójico de esta situación es que el gobierno incluyó este proyecto dentro del Mecanismo de Desarrollo Limpio del Protocolo de Kyoto.

*Este caso fue seguido por el Relator Especial de la ONU sobre la Situación de los Derechos humanos y las Libertades Fundamentales de los Indígenas desde el año 2008. Dicho proyecto implicaba el desplazamiento de parte de la población indígena que habita esa zona. A pesar de la evidencia, el gobierno negó este aspecto por lo que el Relator de la ONU, después de una visita realizada en 2009, recomendó al gobierno, por una parte, la realización de un proceso de consulta con los pueblos indígenas de la zona que sea compatible con las normas internacionales pertinentes, el cual debería guiar al Estado en el desarrollo de futuros proyectos que afectan a los pueblos indígenas, y por otra parte, a las empresas que realizan o tienen previsto realizar proyectos económicos que afectan a las riquezas naturales. El desarrollo de códigos de conducta que sean conformes con las normas internacionales pertinentes, que guíen su actuación en relación con la planificación e implementación de proyectos que afectan a pueblos indígenas. Tanto al gobierno como a la empresa que iba a realizar el macroproyecto hidroeléctrico les pedía una necesaria reevaluación del proyecto y la puesta en práctica de medidas correctivas, incluyendo el inicio de un nuevo proceso de diálogo con las comunidades ngöbe-buglé. El tema llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que solicitó una suspensión de las obras hasta que hubiese un veredicto. Y la OIT mostró su profunda preocupación por los hechos (Anaya, 2009).*

*La Cámara de Comercio e Industrias de Panamá pidió al gobierno ignorar a la CIDH y así se hizo, la respuesta del Estado fue la de mantenerla y no enmendarla.*

También es significativo el caso de las comunidades emberá y wounaan fronterizas con Colombia y sin territorio propio. A estas comunidades el gobierno les obligó a un desplazamiento de sus zonas tradicionales ante la invasión de sus tierras por transnacionales petroleras y mineras.

En otras comunidades, como la nasó de Bocas de Toro (provincia panameña), en junio de 2010 se produjeron violentas protestas que terminaron con dos muertos y más de un centenar de heridos ante el rechazo al desalojo de una comunidad por un proyecto económico agrícola y ganadero. El conflicto en Bocas de Toro se venía gestando desde largo tiempo, agravada la situación por el proyecto de construir una represa que anegaría una parte importante de las tierras comunales, y provocó, de nuevo, la mediación del Relator de la ONU.

Los proyectos estratégicos del estado panameño en áreas comarcales vienen determinados por dos axiomas:

- I. Facilitar los proyectos de inversión que hayan sido declarados de desarrollo estratégico para la Nación por medio de un contrato de concesiones.
- II. La diferenciación realizada por el Estado entre el suelo (posesión colectiva de los indígenas en sus Comarcas) y el subsuelo (pertenece al estado incluso en las Comarcas).

La propiedad del suelo en tierras comarcales estaría en manos de las comunidades indígenas, mientras que el subsuelo es propiedad incuestionable del Estado. Además del subsuelo propiamente dicho, los mares y los ríos también serían de propiedad del Estado. Esta diferenciación no es concebible para los pueblos indígenas que, además, han visto a lo largo de los siglos los graves -y en muchas ocasiones irreversibles- daños que se ha ocasionado al ecosistema con diferenciaciones de este tipo. Ni siquiera la indemnización al propietario de las tierras o del suelo palian esta situación.

La lucha de los pueblos indígenas en Panamá está dirigida no sólo por la propiedad de sus tierras sino por su conservación. En términos simbólicos es importante remitirnos al concepto de la 'Madre Tierra' (La Pachamama en términos aimaras y quechuas), nuclear en el sistema de creencias ecológico-sociales de los pueblos indígenas. La "Madre Tierra" como el origen de la vida y de la fertilidad. Es importante enfatizar que en el contexto de crisis ecológica que sufre Panamá las autoridades indígenas tradicionales plantean alternativas, como los proyectos de protección y reforestación de los bosques tropicales encuadrados en el programa REDD<sup>19</sup>.

En Panamá las comunidades indígenas, de forma progresiva, están centrando sus demandas en lo legislativo. Las cartas orgánico-administrativas de las comarcas son marcos legales en proceso de construcción e incompletos. Según el Dr. Donado Cotes (director de la Dirección de Asuntos Indígenas del MINSA hasta 2015) estos marcos legales son insuficientes, son leyes

---

<sup>19</sup>[https://www.forestcarbonpartnership.org/sites/forestcarbonpartnership.org/files/Documents/PDF/Jul2010/VII%20Informe\\_final%20Ngabe%20Bugle.pdf](https://www.forestcarbonpartnership.org/sites/forestcarbonpartnership.org/files/Documents/PDF/Jul2010/VII%20Informe_final%20Ngabe%20Bugle.pdf) (revisado el 17/10/2016).

cuyos enunciados solo constituyen recomendaciones al no establecer los mecanismos sancionadores en caso de incumplimiento.

En virtud de estos marcos legales se reconocen los derechos colectivos sobre la tierra y los derechos de administración de sus recursos existentes. Esta facultad se ejerce a través de los poderes tradicionales, como son los Congresos Generales (máximo organismo de las autoridades tradicionales en las comarcas indígenas panameñas). Este reconocimiento de las autoridades tradicionales se debe traducir en asegurar a los pueblos indígenas no sólo la propiedad colectiva, sino además la capacidad de que a través de sus gobiernos tradicionales impulsen su desarrollo social, económico y cultural.

Las leyes panameñas y sus formas de organización política presuponen que los planes de desarrollo o concesiones en dichos territorios no se puedan dar sin la participación de los pueblos indígenas, porque son entidades políticas jurídicamente reconocidas. Por lo tanto, las concesiones mineras, sin el consentimiento de los pueblos originarios deberían ser ilegítimas.

A pesar de que este marco legal sustenta el reconocimiento formal de unos derechos hay muchos casos en que este reconocimiento no se hace práctico. En el mes de junio de 2010 hubo dos medidas legislativas complementarias que modificaban sustancialmente el ordenamiento vigente en cuestiones indígenas.

La primera, una ley que declaraba de interés social prácticamente todos los proyectos económicos en marcha para eximirlos de publicar informes de impacto ambiental, garantía fundamental para los pueblos indígenas. La segunda, un decreto presidencial modificando por completo, sin consulta, la Carta Orgánica de la Comarca Ngäbe-Buglé, especificando el funcionamiento las autoridades tradicionales, cada cuanto tiempo deben ser electas y cuántas veces debe reunirse su Congreso General. Lo que fue considerado como un ataque en toda regla a la autonomía de esta comarca. El Congreso General de la Comarca consideró que ambas disposiciones legislativas les ponían en peligro como pueblo. Poniendo especial énfasis el caso de la ley ambiental, por ser la comarca más rica del país en recursos minerales, además de contar con los ríos más caudalosos.

Tras esta iniciativa legal estaba presente un importante proyecto en la Comarca Ngäbe-Buglé de explotación de cobre, oro y plata concedido a una transnacional estadounidense, la *Dominion Minerals Corporation*. Un proyecto que suponía 26 explotaciones en un total de 24.242 hectáreas de esta comarca, y de la que era un alto directivo -en su filial panameña- un ex viceministro de comercio e industria de Panamá. También sucedió algo similar con el pueblo naso. Una de sus comunidades fue obligada a abandonar sus tierras para la realización de proyectos ganaderos a gran escala sin que, de nuevo, se escucharan los requerimientos en contra del Relator Especial de la ONU, que recordaba que los pueblos indígenas no pueden ser trasladados de sus territorios sin su consentimiento.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU ha tomado cartas en el asunto en marzo de 2010. Ha recomendado a Panamá tomar las medidas necesarias y efectivas para asegurar la prohibición de desalojos forzosos e insta al Estado a que asuma su papel como mediador en estos conflictos “protegiendo a sus ciudadanos, incluyendo indígenas y afro panameños, y para que colabore a encontrar una solución a los conflictos de tierras que permitan reconciliar proyectos de desarrollo con la cosmovisión indígena”. Junto a ello, expresa su seria preocupación por la falta de mecanismos de consulta efectiva con los pueblos indígenas y por el hecho que en varias oportunidades las consultas pertinentes sobre proyectos de explotación de recursos, construcción y turismo se han dejado en manos de las empresas privadas que llevarán a cabo los proyectos, con lo que el Estado, claramente, no está ejerciendo su responsabilidad (CERD, 2010).

Tras más de una década desde que se reconociera la última comarca, esta división político-administrativa deja un bagaje insuficiente por el incompleto desarrollo social, la tasa de pobreza así como otros indicadores sociales (salud y educación) no mejoran o al menos no lo suficiente. Como ejemplos destacados podemos señalar:

- ✓ La pobreza afecta a la gran mayoría de la población que reside en las Comarcas.
- ✓ Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la esperanza de vida es mucho menor en las comarcas que en el resto del país, entre 7 a 9 años de diferencia con la media nacional. La tasa de mortalidad infantil es más alta en las áreas comarcales que en el resto del país, e incluso en la Comarca Ngäbe Bugle tiende a aumentar (Fuente: *Evaluación de Indicadores de Objetivos 4 y 5 de Desarrollo del Milenio*, Ministerio de Salud, Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé, 2013). También ocurre lo mismo en relación a la mortalidad materna, teniendo estas comarcas la tasa de mortalidad materna más alta de Panamá. Estos indicadores son significativos a modo de ejemplo de la grave situación que viven las comarcas.
- ✓ Y en relación a la educación, según el ministerio de educación panameño (MEDUCA), en torno al 30% de los habitantes de las comarcas son analfabetos.

Se empiezan a oír voces de analistas y líderes indígenas que ponen en cuestión el actual modelo y abogan por un nuevo marco que agrupe el desarrollo del capital humano, la sostenibilidad ambiental y la protección de la identidad cultural como principales claves del desarrollo. Aunque no existen voces que planteen renunciar a las Comarcas Indígenas para buscar nuevos marcos de convivencia.

Con el objeto de paliar la situación de pobreza y exclusión y atender a las demandas de los pueblos originarios, desde marzo de 2012, se establece el conformar una mesa nacional para la elaboración, el estudio y el diseño de un plan de desarrollo integral de los pueblos

originarios de Panamá. La mesa cuenta con el secretario de la Mesa de Concertación Nacional<sup>20</sup>, la asistencia de las Naciones Unidas (ONU), la participación de la Iglesia Católica, como garante del proceso, y de representantes del gobierno panameño y de las autoridades tradicionales de los pueblos indígenas.

Es importante señalar que los pueblos indígenas destacan en la actualidad por su alto nivel de organización y de empoderamiento, sobre todo los ngöbes, los gunas y los emberá. Estos pueblos han constituido redes y coordinadoras indígenas que aúnan todas las demandas de los pueblos originarios panameños. Como por ejemplo: COONAPIP (Coordinadora Nacional de los Pueblos Indígenas de Panamá), o COONAMUIP (Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de Panamá).

---

<sup>20</sup> Mesa Nacional de Desarrollo Indígena, “Plan de desarrollo integral de los pueblos indígenas de Panamá”. Propuesta consolidada.

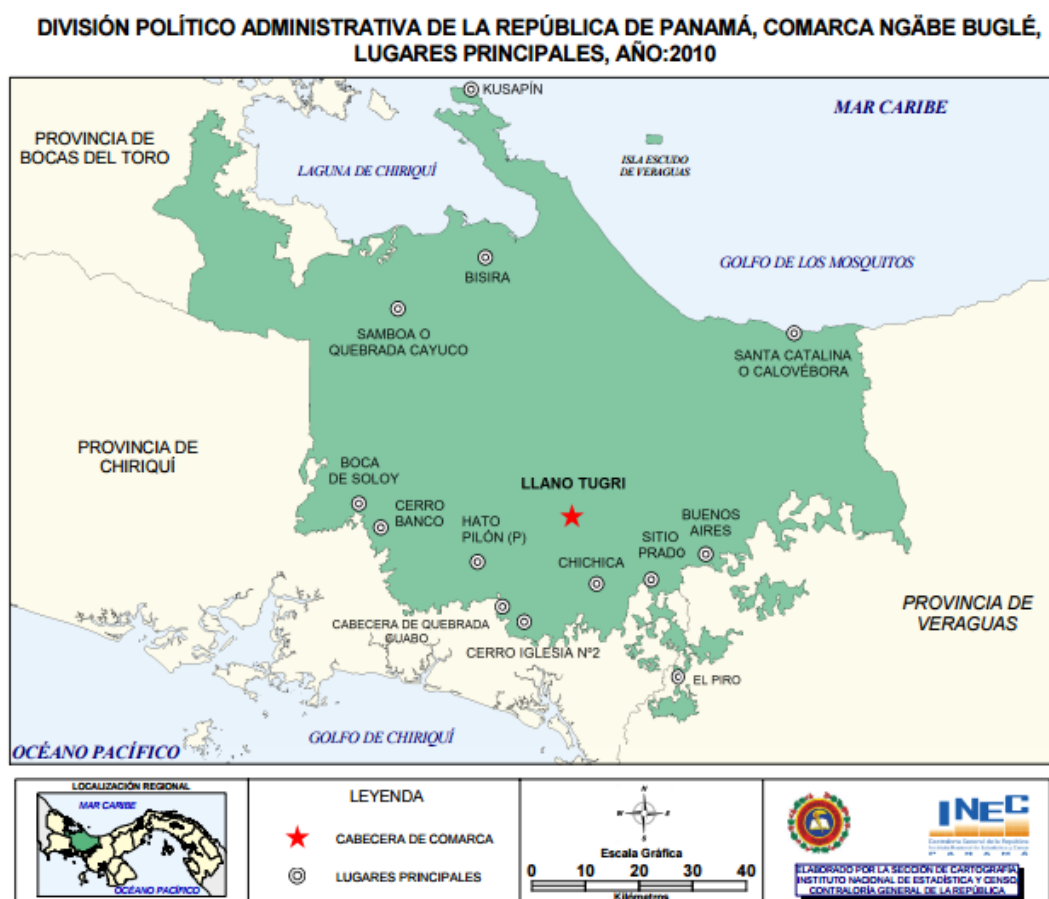




## 7. Los ngöbes y la Comarca Ngäbe-Buglé.

Ngöbe es un pueblo indígena, que habita en el occidente de Panamá<sup>21</sup>, principalmente en la Comarca Ngäbe-Buglé y en las provincias de Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro. En Costa Rica, viven en cuatro reservas indígenas, dos en Altos de San Antonio, una en las localidades de Villa Palacios, y otro asentamiento en Caño Bravo y Limoncito.

La frontera entre Panamá y Costa Rica se definió sin consultar a los ngöbes, por lo tanto dejó al pueblo ngöbe partido en dos. Los mayoría de los ngöbes conviven en la Comarca Ngöbe-Buglé con los buglé, etnia diferente y que habla otro idioma, el Buglere, que pertenece a la familia lingüística común, la chibcha, pero diferente al Ngäbere.



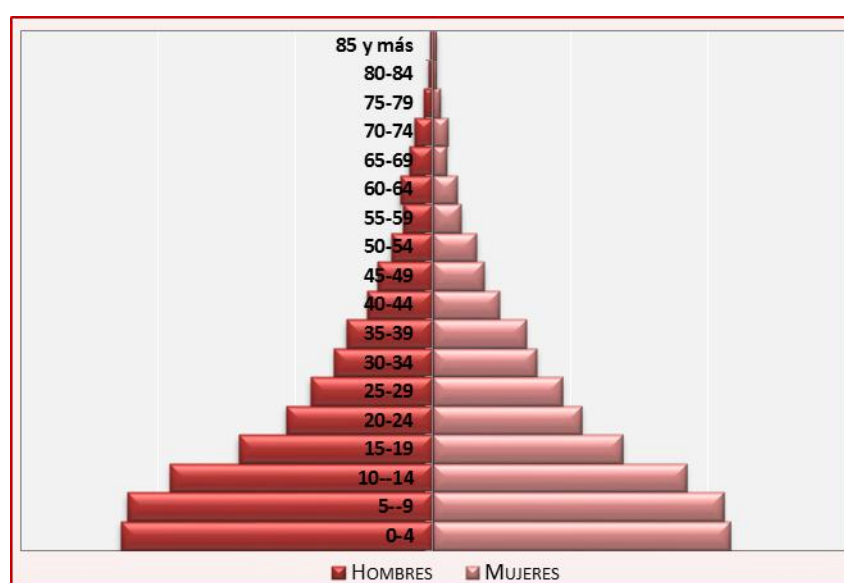
<sup>21</sup> Panamá por su peculiar geografía esta determinada por los ejes 'este-oeste', 'occidente-oriente', a diferencia del resto de los países que el eje establecido suele ser el 'norte-sur'.

Los ngöbes son más de 200 mil personas y hablan el Ngäbere, un idioma de la familia chibcha, amplio grupo de lenguas habladas por varios pueblos amerindios, cuyo territorio tradicional se extiende por el noreste de Honduras, la costa caribeña de Nicaragua, la mayor parte de Costa Rica, Panamá y Colombia hasta el oeste de Venezuela.

### 7.1. *Los ngöbes de Panamá.*

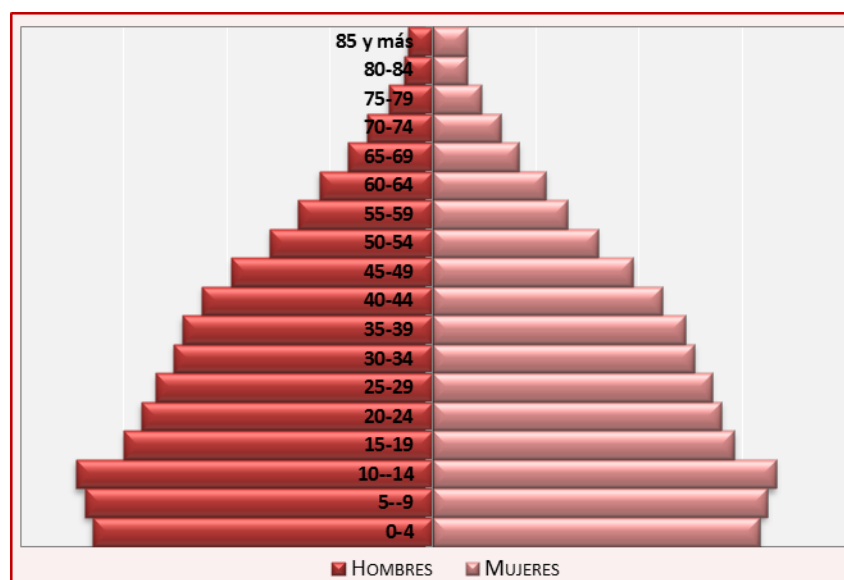
Según el último censo los ngöbes, en Panamá, suman 260.058 habitantes, distribuidos en 132.242 hombres y 127.816 mujeres.

**PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS NGÖBES.**



Fuente: Contraloría General de la República, Consultado el 15/06/2016.

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE PANAMÁ.**



Fuente: Contraloría General de la República, Consultado el 15/06/2016.

El grupo de edad mayoritario es el comprendido entre los 0 y los 4 años, mientras que el grupo de edad mayoritario en el resto de Panamá está comprendido entre los 10 y los 14 años.

Si analizamos la pirámide poblacional de los ngöbes, la pirámide está caracterizada por una base ancha y una rápida reducción a medida que ascendemos. La población infantil es mayoritaria, característica de un país en vías de desarrollo, esta estructura poblacional se suele denominar como pirámide expansiva. Mientras que la pirámide de Panamá está inmersa en un proceso de transición demográfica, caracterizado por tener una base que se está estrechando y un crecimiento vegetativo de la población que se está moderando, tendiendo hacia un modelo de pirámide regresiva (con una base más estrecha que el cuerpo central y un porcentaje de ancianos alto, propia de países desarrollados). En el caso de los ngöbes es mayoritario la población infanto-juvenil. Este segmento poblacional supone el 74,2% del total.

La principal actividad económica en la Comarca es la agricultura de subsistencia y sus principales cultivos son maíz, arroz, frijol, yuca, ñame y plátano.

**Tabla 5:** Alimentos que se cultivan en las Comarcas Ngäbe Buglé y la Comarca Emberá según la encuesta del Mercado Laboral, marzo de 2014.

Cultivos comunes	Cultivos adicionales en los Ngäbe Buglé
Arroz	Dachín
Yuca	Otoe
Ñame	Banano
Plátano	Ñampí
Maíz	Café
Frijol	Cacao

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de Panamá, 2014.

Las mujeres ngäbe elaboran, entre su artesanía tradicional, elementos que les sirven para su vestimenta y de sus familias y para la venta. Esto incluye bolsas tejidas de fibra vegetal (llamadas "kra"), coloridas batas largas para la mujer decoradas con motivos geométricos ("naguas") y pulseras y collares de cuentas, "chaquiras" (collares tradicionales ngöbes), antes usados como adornos para la guerra. Los hombres tejen sombreros de fibra vegetal para uso cotidiano o para vender.

El aporte de los ngäbes al folclore panameño se aprecia en la "kra" (llamada "chácara" en español) y en los sombreros, Panamá. Ambos elementos han sido incorporados a la vestimenta del campesino panameño

La situación social en la Comarca está caracterizada por una alta tasa de pobreza cercana al 90%, una alta tasa de analfabetismo y las mayores tasas de morbilidad y mortalidad general de la República de Panamá. La situación esta determinada por graves carencias de servicios sociales básicos, las tasas más altas de mortalidad materna e infantil, insuficiente abastecimiento de agua, falta de infraestructuras básicas, gran presencia de enfermedades infecciosas, en definitiva una situación condicionada por la graves carencias de servicios e infraestructuras básicas. La población demanda una mayor equidad con los estándares nacionales pero respetando su idiosincrasia, su identidad y su cultura, ambas demandas son inseparables, están solapadas.

Los proyectos de desarrollo extractivistas como el minero en Cerro Colorado o el de la hidroeléctrica en Barro Blanco son proyectos que han generado importantes conflictos entre las comunidades ngöbes y estos proyectos de desarrollo. El proyecto de Barro Blanco que requiere la inundación de territorios en la Comarca constituye un conflicto en los que una parte importante de la comunidad considera que se pone en cuestión su autonomía, su idiosincrasia y sus leyes. Este proyecto además de anegar tierras ocupadas por comunidades indígenas, supone un ataque a la “Pachamama” poniendo en peligro la existencia de diferentes especies animales y es una zona de culto para la religión oficial de la Comarca.

La lucha por la defensa de los recursos hídricos, minerales y ambientales, ha llevado a las poblaciones ngäbes a enfrentarse a los diferentes gobiernos del país. La resistencia obedece en parte valor cultural, a la relación con la tierra y con la naturaleza, pero también supone un modelo de resistencia frente al modelo de desarrollo extractivista, que según la población no solo ataca los equilibrios de la sociedad ngöbe con la naturaleza sino que les extrae recursos como metales preciosos y el agua, y esta extracción no redunda en un beneficio de la comunidad sino que los recursos se derivan a agentes externos.

En la Comarca Ngäbe Buglé, sus autoridades tradicionales se representan por medio del Congreso General Ngäbe Buglé y el Cacique General Ngäbe Buglé. Según la Ley 10 (1997) que crea la Comarca y la carta orgánica que la rige, su gobierno que dispone de cierta autonomía. Pero es una autonomía de carácter restringido ya el estado sigue controlando los fondos públicos para las diferentes inversiones. Su religión oficial es Mama Tatda, pero conviven con otras religiones cristianas (mayoritarias) y el *Bahai*. En la Comarca el Estado ha realizado una concesión flexible del usufructo de la tierra a los indígenas, es decir las poblaciones indígenas tienen derecho a cultivar y poseer la tierra con ciertas limitaciones, el suelo pertenece a las poblaciones originarias y el subsuelo al Estado.

Los diseños y las artes que se reflejan en las *chácaras* y otros elementos del vestuario de la cultura ngäbe, son parte del *Magata*, una serpiente antigua que habita en las aguas y que es

parte de su espiritualidad ancestral y mitologías. El agua es un elemento básico en la mitología ngöbe.

## **7.2. *Los ngöbes de Costa Rica.***

Los pueblos ngäbe de Costa Rica son fruto de la migración iniciada a mediados del siglo XX desde la Comarca Ngäbe-Buglé en Panamá. En realidad, la creación de la frontera entre los dos países vino a dividir su territorio ancestral, y los indígenas permanecieron ajenos a este hecho por lo menos hasta 1920-1940. Según un censo realizado por la Dirección Nacional de Migración y Extranjería de Costa Rica en 2012, en el territorio habitan 3.171 indígenas residentes permanentes, localizados en 4 reservas: Abrojos-Montezuma, Altos de San Antonio (Coto Brus), Conteburica y Guaymí de Osa, localizadas en los cantones de Coto Brus, Corredores y Osa.

Todos los años, a partir del mes de octubre, se da un fenómeno de migración desde Panamá a Costa Rica para trabajar en la recolecta de café que se extiende hasta marzo del año siguiente, por lo que es común observar a algunos de estos indígenas en la Zona de los Santos, Acosta, Pérez Zeledón, Grecia, Naranjo y San Ramón. Tras la recolecta, los trabajadores vuelven a Panamá por tres puntos: Paso Canoas, Limón (Sixaola) y Río Sereno (Coto Brus). Unos 15.000 ngöbes realizan este viaje todos los años.

Desde 1990 y gracias a la lucha de la Asociación Cultural Ngöbegue, a los ngöbes residentes en las 4 reservas se les reconoció la ciudadanía costarricense. A partir de 2012, la Dirección Nacional de Migración y Extranjería comenzó a otorgarles a los inmigrantes ngäbe cédulas de residencia temporal, con el objetivo de protegerlos de abusos y facilitarles trámites bancarios o la atención en salud. Antes, solamente ingresaban en Costa Rica con un salvoconducto que les otorgaba el Gobierno de Panamá.

La gran mayoría de los ngäbe en Costa Rica vive en condiciones de pobreza, con un ingresos mensuales muy bajos fruto de la recolecta de café. El 90% de las familias tiene un ingreso mensual cercano al 50% del salario mínimo agrícola en la región (sumando ingresos agrícolas y extra-agrícolas). Cuentan con un difícil acceso a servicios de educación y salud, especialmente por la gran distancia entre sus reservas y las poblaciones donde se dan estos servicios.

En las reservas de Costa Rica, de los aproximadamente 3000 residentes, unos 2500 hablan ngäbere y español, y el resto, solamente ngäbere. Existe un alto índice de analfabetismo sobre todo entre los adultos. En el ámbito de salud, esta población sufre enfermedades principalmente infecciosas como diarreas, escabiosis, infecciones respiratorias severas, piojos, desnutrición y parasitosis. Tienen muchos problemas en el acceso al agua, existe un acueducto

en Conteburica y otro en Guaymí de Osa, pero el agua no es potable. En Abrojos y Altos de San Antonio no existe acueducto.

Entre las cuatro reservas, la de Conteburica es la más aislada del país, con los índices más bajos de pobreza entre las poblaciones ngöbes de Costa Rica y la que más conserva la cultura autóctona. Es una reserva transnacional ubicada en la Punta Burica entre Costa Rica y Panamá. Esta reserva tiene una economía de autosubsistencia, complementada con caza y pesca. Se cultiva cacao en pequeña escala para la venta a Golfito, Ciudad Neilly o Panamá. La mayoría de la población no supera la escuela primaria.

Guaymí de Osa se encuentra ubicada en una selva tropical cercana al Parque Nacional Corcovado, lo que dificulta mucho su acceso. Se encuentra habitada por 12 familias indígenas, cuyo ingreso depende de la labor agropecuaria.

La reserva de Abrojos-Montezuma data de 1920. El 85% los habitantes habla ambos idiomas. Debido a la colonización por no indígenas, presenta un rápido proceso a aculturización, y solo el 50% de la tierra está en manos indígenas producto de constantes invasiones de campesinos desplazados del Valle Central de Costa Rica. Sobrevive por la agricultura de subsistencia y el trabajo en las bananeras, además de venta de artesanías.

A 3 km de Abrojos-Montezuma, se encuentra Altos de San Antonio, que en el pasado formó una sola comunidad con Abrojos pero que fueron separados por la colonización y la construcción de la carretera Panamericana. El 56% de la comunidad de Altos de San Antonio es bilingüe español-ngäbere, y hay una escuela primaria.

### **7.3. *Historiografía de la Comarca y la especial impronta de Mama Chi en la constitución de la Comarca.***

En tiempos de la conquista de América, los españoles hallaron en el occidente de Panamá a tres pueblos guaymies (los guaymies incluían a los ngöbes y a los buglé, a los murire y a los ngöimos, cada uno con un idioma diferente). Destacando sus líderes: Natá, originario de la actual provincia de Coclé, Parita en la península de Azuero, y el más famoso, Urracá, en lo que hoy es la provincia de Veraguas. Urracá derrotó a los españoles una y otra vez, lo que forzó al capitán Diego de Albites a hacer con él un acuerdo de paz en 1522.

De acuerdo con quien fue considerado ‘el procurador de todos los indios de las Américas’ Fray Bartolomé de las Casas, Urracá fue invitado por los españoles para un tratado de paz, pero se le apresó y se le envió al poblado de Nombre de Dios, en la actual provincia de Colón, escapó de allí y regresó a la montaña, jurando combatir a muerte a los españoles. Y cumplió con su juramento, él y sus hombres fueron tan temidos que finalmente los españoles evitaron combatir con él. Urracá murió en completa libertad en 1531, constituyendo una figura muy importante en el imaginario colectivo panameño, y en especial entre los ngöbes que lo entienden como su líder histórico más importante.

Los ngöbe antes de la colonización española se dividieron en dos grupos principales: los de la costa atlántica (antes parte de Bocas del Toro), y los de tierras altas, en tierras que antes pertenecieron a Chiriquí y Veraguas. Con fama de combativos, mantuvieron su resistencia hasta la caída del dominio español en el área. Al independizarse Panamá de España y unirse a Colombia (1831), los ngöbe se agruparon en las tierras altas, zonas montañosas.

Las tierras originales de ngöbes eran fértiles y muy productivas, pero cuando se produjo este agrupamiento en las montañas la situación no fue la misma. Las tierras montañosas no respondían de la misma forma al cultivo ante el aumento poblacional, lo que derivó en un contexto con considerables dificultades para encontrar tierras fértiles, llegando a establecerse algunas familias ngöbes en zonas de difícil a muy difícil acceso. Estos asentamientos de difícil acceso generaron un cierto aislamiento, según algunos observadores “un aislamiento voluntario” (Pinart, 1887), por lo que se mantuvieron relativamente incomunicados del resto de la república hasta bien entrado el siglo XX. En 1930 la apertura de las plantaciones bananeras por parte de la *Chiriqui Land Company* y la inauguración de la carretera Interamericana redujeron notablemente esa situación de aislamiento relativo (Young, 1977).

Además de Urracá es destacada la importancia en el imaginario ngöbe de otro líder histórico: Victoriano Lorenzo.



Victoriano Lorenzo fue un guerrillero colombiano-panameño, nacido en la provincia de Coclé en 1867 y fallecido en la ciudad de Panamá en 1903. Líder carismático del movimiento indígena que se alzó contra el poder central de Colombia cuando el territorio panameño no era aún independiente.

Ante las injusticias e iniquidades cometidas por las élites locales contra la población indígena (la formada por los populares 'cholos', a los que las élites, apoyadas por el conservadurismo del poder central colombiano, dispensaba un trato discriminante), Victoriano Lorenzo desató y encabezó la rebelión de los indios y tomó parte activa en la Guerra de los Mil Días (17 de octubre de 1899 - 21 de noviembre de 1902), un conflicto armado definido por la disputa entre liberales y conservadores. El conflicto de los Mil Días trajo como consecuencia la independencia de Panamá respecto a Colombia.

Al frente de los llamados 'montañeros' o 'guerrilleros de las montañas', Victoriano Lorenzo acudió a la contienda atraído por las promesas de tierra y libertad que constituían una de las consignas del bando liberal. La influencia que ejercía entre 'los cholos' desde sus primeras reivindicaciones de justicia e igualdad, le convirtieron en uno de los cabecillas más populares, pues atraía entre sus filas a numerosos sectores de los estratos sociales bajos lo que generó muchas suspicacias entre las élites panameñas.

Llegó así a alcanzar el grado de general del Ejército Liberal durante una guerra civil que se prolongó por espacio de tres años (1898-1902). Pero, en violación de los tratados que preludiaban ya el fin de la contienda, Victoriano Lorenzo fue apresado y condenado a morir frente a un pelotón de fusilamiento. Pese a las proclamas en defensa del guerrillero lanzadas por algunas de las personalidades, como el político Belisario Porras, el escritor Guillermo Andreve, y otros líderes liberales como Carlos A. Mendoza y Eusebio A. Morales, fue ejecutado el 15 de mayo de 1903, en los paredones de la Plaza de Chiriquí.

Victoriano Lorenzo es considerado héroe nacional de Panamá. El 30 de enero de 1966 la Asamblea Nacional de Panamá declaró injusta la ejecución del general Victoriano Lorenzo y lo presentó como un auténtico dirigente popular. Según Silvia Carrera, actual Cacica General de la Comarca Ngäbe Buglé, "Victoriano, al igual que Urracá, nos enseñó a luchar y a defender nuestro patrimonio. Victoriano luchó por defender al país entero"<sup>22</sup>

El 10 de octubre de 1915 el presidente Belisario Porras constituye 'La Reserva Indígena' pero que no consigue limitar las invasiones de terreno por parte de los campesinos no indígenas. El conflicto se reanuda con Candelario Sire, nombrado Gobernador Indígena el 22 de febrero de 1924. Con el gobierno del Presidente Rodolfo Chiari, lo que fue declarado como Reserva es

---

<sup>22</sup> [http://impresa.prensa.com/panorama/cholo-cambio-pais\\_0\\_3661883870.html#sthash.BUCuzQa2.dpuf](http://impresa.prensa.com/panorama/cholo-cambio-pais_0_3661883870.html#sthash.BUCuzQa2.dpuf) Consultado el 16/06/2016

declarado entonces 'Zona Indígena'. Entre 1930-1934, los Gobernadores Indígenas: Clemente Jiménez, Jose Miqueto Jiménez, Mateo Marcucci, Emiliano Carpintero, Vicente Santo prosiguen inexorablemente su lucha por la demarcación de los límites indígenas.

En los años 30 coincidiendo con la creación de la Comarca para los kunas (la actual Comarca Guna Yala), ya se habían creado algunas circunscripciones para los ngöbes tales como las reservas de Cricamola, Blufield y Tabasará, pero la emergencia del movimiento político ngöbe y su pertinaz demanda de una Comarca no irrumpe con fuerza hasta décadas más adelante.

El 14 de febrero de 1952 se aprueba la ley 18 en desarrollo del artículo 94 de la Constitución Nacional de 1946 que aprueba la división de varias comarcas a nivel nacional.

"...las regiones ocupadas actualmente por las tribus indígenas serán divididas en 4 comarcas: Comarca de San Blas, Comarca del Bayano y del Darién, del Tabasará, de Bocas del Toro"

Por medio de la ley 27 del 30 de junio de 1958, Gaceta Oficial 13-485 los artículos 3 y 8 plantean que:

"...hasta que sean conocidas las circunstancias geográficas que distinguen este región...los límites de la Comarca (del Tabasará) serán los flancos de la Cordillera Central siguiendo una línea, limitado en el oeste por el río Sábalo afluente del Fonseca que bordea hacia el este la Cordillera misma en dirección de las montañas Culandro e Iglesia y el río Vigui, en la provincia de Chiriquí. De allí a Alto de Jesús, Coyucal, Alto del Cobre y las fuentes del río San Pablo, en la provincia de Veraguas. Al norte, la comarca será limitada por el divorcio de las aguas que van a desembocar en el Atlántico y el Pacífico.

La Comarca de Bocas del Toro, comprenderá las reservas indígenas de la provincia de Bocas del Toro. Los límites físicos de estas comarca serán fijados cuando sean concluidas las obras geodésicas que se llevan en la actualidad".

Poco después nace el movimiento religioso Mama Tadtá, también conocido como Mama Chi. Un movimiento sincrético que mezcla elementos de la doctrina cristiana con elementos religiosos ngöbes, el movimiento religioso Mama Tadtá tiene una especial trascendencia en la lucha política por la autonomía de los ngöbes. Este movimiento es entendido por muchos como un intento de recuperar la hegemonía cultural ocupada por el cristianismo y perdida por los sukias.

El día 22 de septiembre de 1962, Delia Bejerano de Atencio posteriormente conocida como Mama Chi (que en ngöbe significa 'mama pequeña', a diferencia de Mama Kri que significa 'mama grande', la virgen), una joven de 20 años, proclama un nuevo orden religioso para los ngöbes: la religión mama tadtá que significa 'madre' y 'padre' en ngäbere.

Delia Bejarano reveló una aparición divina en septiembre de 1962, que marcó el origen del advenimiento del movimiento *mama tadta*, previamente a esta revelación ya habían existido más revelaciones de la Virgen María; el 24 de abril de 1958 a la niña mestiza Digna Emérita Sanjur en Veraguas; el 6 de febrero de 1959 a la niña guaimí Cándida Jiménez; en 1959 también tuvo una aparición Desiderio Tugri; y el 10 de abril las hermanas mestizas Rufina y Efigenia Florez tuvieron una revelación de la virgen (Sinclair, 1990). Todas estas revelaciones tuvieron una serie de denominadores comunes: la llegada del fin del mundo, la necesidad de separarse de la sociedad latina, la necesidad de estar unidos, y la necesidad de construir una capilla donde se produjera la aparición. El influjo de estas apariciones permanecieron localizadas en los lugares donde se produjeron, pero no tuvieron una gran transcendencia. A diferencia de estas, la aparición de Delia Bejarano si tuvo una gran influencia en toda la Comarca, en esta aparición estuvieron presentes la virgen (“Mama Kri”) y dios padre (“Tadta”).

A continuación presentamos una descripción de la aparición documentada por Carlos Francisco Chang Marín, escritor, periodista y activista panameño, el texto está escrito en primera persona como si fuera escrito por la propia Mama Chi, aunque Delia Bejarano era analfabeta.

“El día 22 de septiembre de 1962, estaba en mi casa con una niña de dos años de edad. Mi marido andaba trabajando por el norte, no había vecino cerca de nosotros. Como a las once del día, sentí un ruido fuerte, como de avión que volaba cerca; salí al patio y vi que por el aire venía un hombre y una mujer sobre un aparato que parecía una motocicleta. Cuando el aparato tocó con sus ruedas el suelo, la tierra tembló fuertemente, se desplomaron dos cerros, se oyó un estruendo grande; yo grité, cogí a la niña en mis brazos y caí al suelo aturrida. Un instante después, el hombre habló; cogió a la niña en los brazos, ya no temblaba y me dijo “que me levantara y no tuviera miedo”. Seguidamente, entraron a la casa y se sentaron los dos sobre un banco de madera. Vestían túnicas blancas y largas los dos. Enseñando a la mujer, el hombre dijo: “esta es la madre, yo soy el padre, estamos en el cielo. Ella ha venido muchas veces a la tierra a pedirle a la gente que sigan el camino de Dios, para la salvación del mundo. Ahora he venido yo mismo, para pedirle a los indios un pedazo de tierra para la obra de Dios; yo hice el cielo y la tierra y no tengo dónde instaurar mi reino aquí en la tierra. ¿Tú quieres darme un pedazo de esta tierra?” Yo le contesté que sí. Entonces me dijo: “Tienes dos años de plazo para que cumplas esta misión; reunirás aquí a todos los indios y les dirás que Dios viene pronto a vivir en esta serranía; que no hagan más claridas ni balserías; que adoren a Dios en las capillas de la revelación; que por cinco años consecutivos, hasta el final del año 1967, deben estar en oración constante, apartados de toda fiesta, en espera de la llegada de Dios; que trabajen cinco días a la semana y el sábado y domingo lo dediquen a la obra de Dios. El pueblo guaymí es el pueblo escogido para recibir a Dios, porque es el más necesitado de la justicia divina” (Changmarin, 1999).

La profecía de Delia, *Besikó* en ngöbe (*Besikó* es en la actualidad un distrito de la Comarca, los distritos corresponden a los municipios en España) propuso un cambio radical en las formas y los modos de vida anunciando que si seguían sus mandatos vendría la salvación del pueblo. “Los ngöbes y las ngöbes, deben asumir la responsabilidad de su destino: el paraíso o su destrucción”.

Lo que dios-padre pidió a Delia fue:

- La unión de los ngöbe y de los sukia, revelarles que dios está por llegar.
- Que se debe abolir los ritos de clárida, chichería y balsería.
- En 5 años, según dios-padre los ngöbes debían; rezar constantemente; abandonar las fiestas; trabajar 5 días a la semana; y dedicar el sábado y el domingo a dios.

Lo que Delia (Besiko en ngäbere) transmitió la profecía de la llegada de dios a la tierra de los ngöbes era:

- Dios ha elegido a los ngöbes por su sufrimiento.
- Dios viene al mundo para salvarlo no para destruirlo.
- La llegada será anunciada por signos misteriosos.
- En 1964, se producirán milagros y prodigios, sobretodo en Tijera, con el objeto de acabar con la incredulidad.
- Seguirán las apariciones de la virgen, los feligreses podrán verla y escucharán una campanilla que anuncia su llegada.

Los temas abordados para la realización de la profecía eran:

- La unión: el pueblo debía eliminar las fuentes de división, abandonar la discordia, el alcohol, las peleas, presentes en rituales como la balsería y la chichería. Abandonar la costumbre de entregar sus hijos a 'los latinos', a las escuelas occidentales, ya que crean problemas de adaptación de los ngöbes en sus comunidades. Se necesitaba una gran sociedad fraternal ngöbe.
- El trabajo de la tierra: Lo primordial es demarcar el territorio ngöbe, trabajar intensamente y volver a la autosuficiencia, rechazar los productos que provienen del exterior y producir según las técnicas utilizadas por 'los latinos', desarrollar actividades avícolas y ganaderas para alimentar a la población adecuadamente, y no constituir un sistema compra-venta (anticapitalista).
- El rezo: El sábado y el domingo fueron días dedicados a dios y al descanso. Para que dios llegue a vivir en tierra ngöbe el pueblo debe orar durante cinco años. El rezo reemplaza los pilares de la sociedad tradicional que fueron declarados negativos: la balsería, la chichería y los ritos de "pasaje" (como la clárida, ritual del paso de la adolescencia a la edad adulta).
- El pacifismo: el ngöbe debe vivir en paz entre ellos y con sus vecinos no ngöbes.
- Planteamiento 'antilatino': son los causantes de la explotación del ngöbe, no se les puede vender tierra, no se debe vender ni comprar a un 'latino'. Los ngöbes no deben someterse a las leyes del corregidor (autoridad local que equivale a un concejal de distrito), los ngöbe deben deshacerse de su cédula (DNI panameño), no deben registrar los nacimientos y las muertes.
- Prohibición de la balsería, la chichería, los ritos de iniciación y la poligamia.

Mama Chi reivindica vivir en un mundo aparte de 'la sociedad latina', de los *sulia* (término ngöbe para designar a los latinos). Crea una lecto-escritura propia, cambia las tradiciones y los

modos de vida ngöbes con el objeto de inaugurar una sociedad absolutamente autónoma a 'los latinos'.

Es un movimiento que prohíbe las tradiciones más importantes de la cultura ngöbe, pero reivindica la tradición, una tradición reformulada para construir una sociedad unificada entorno a un proyecto o a un credo.

El movimiento mama tadta creó "una conciencia pan-ngöbe" (Sinclair, 1998), que posibilitó la unificación de las diferentes tendencias, ya que nunca había existido una unidad global del pueblo, debido a su dispersión geográfica (Verges y Farinoni, 1998).

Según el antropólogo Philip Young existieron una serie factores que generaron unas condiciones propicias para el surgimiento de este movimiento milenarista (Young, 1977):

- ✓ El acelerado proceso de entrada de las formas y los modos de vida 'latinos' desde la apertura de las plantaciones bananeras y la apertura de la carretera interamericana.
- ✓ La situación de profunda carestía en lo material, fundamentalmente producto de una grave escasez de terrenos cultivables y para el ganado, y conflictos laborales con la empresa bananera de Chiriquí, que produjeron miles de despidos de personal ngöbe (Sinclair, 1990). Con su rápido crecimiento demográfico la población estaba superando la capacidad del terreno para la ganadería y la agricultura.
- ✓ Las grandes dificultades de administración de su territorio por la continua entrada de campesinos latinos.

Las profecías no se cumplieron, y dos años después de las revelaciones, 1964, Mama Chi murió, posiblemente de tuberculosis. El movimiento se transformó y derivó en diferentes congregaciones con proyectos, actitudes y doctrinas muy diferentes.

Mama Chi posibilitó unificar las demandas políticas de los ngöbes facilitando la acción política conjunta de los ngöbes en la delimitación del territorio y la definición de la Comarca en 1997 (Sinclair, 1990).

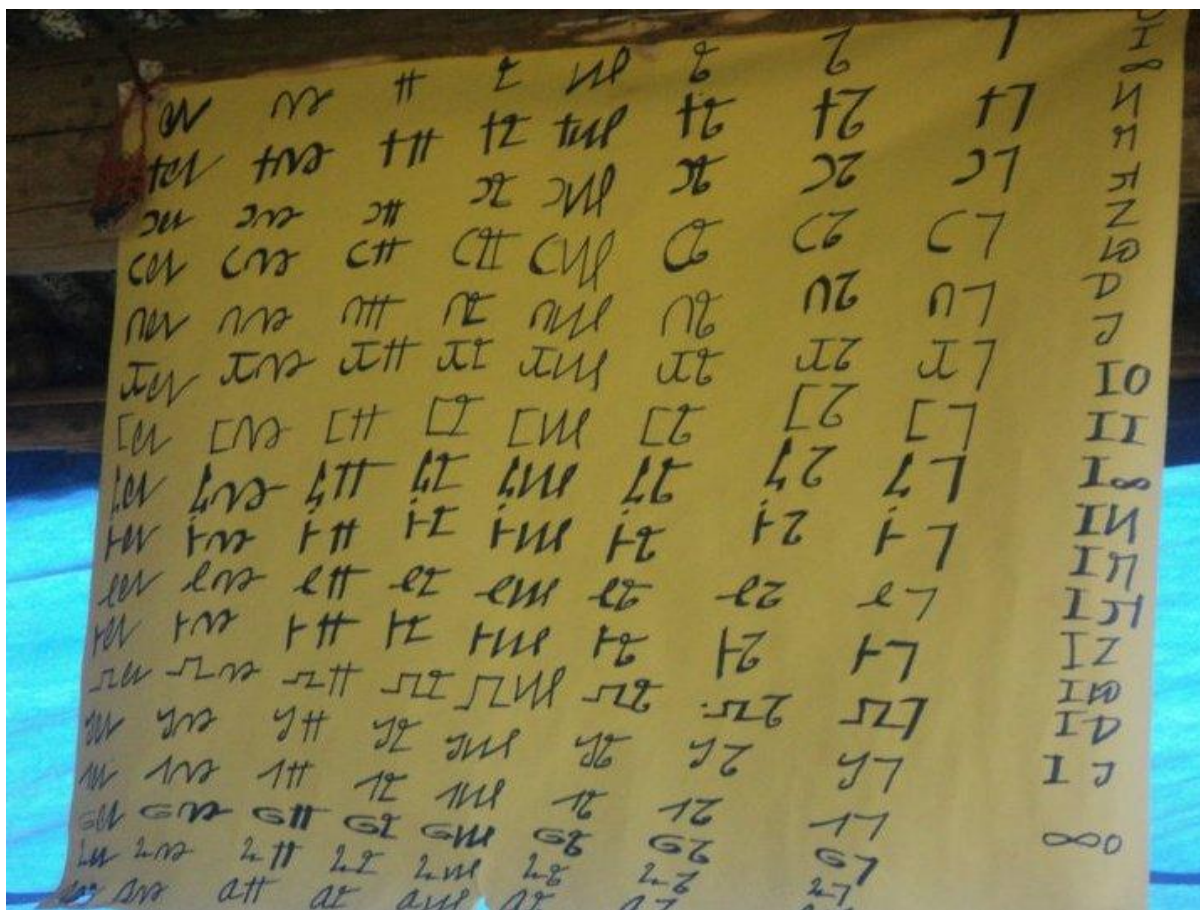
Este movimiento innovador anti-tradicionalista y anti-conservador efectúa una verdadera ruptura con la tradición, a pesar de que paradójicamente reivindique la tradición. El auge de Mama Chi también muestra el decaimiento de muchos de los rituales y las prácticas tradicionales ngöbes presentes en los años 60, aunque muchos elementos subsisten al integrar a los sukias en el movimiento. Según Worsley esa violación de los rituales puede ser entendida como un mecanismo de integración (Worsley, 1983), ya que genera una nueva fraternidad pudiendo integrar a los que habían abandonado esos rituales.

Históricamente, en la estructura de poder en la sociedad tradicional ngöbe, el hombre tiene una posición dominante. La mujer ngöbe ocupa un papel subordinado a pesar de que siempre ha tenido voz y voto en los Congresos. Pero Mama Chi constituye un precedente sin paragón en la historia ngöbe, una joven mujer que se invistió como líder del pueblo conjugando metas de tipo religioso con reivindicaciones políticas, económicas y sociales. Este puede ser un importante precedente para posteriores lideresas y para la actual cacica general de la Comarca, Silvia Carrera. Esto no quiere decir que en la actualidad la mujer ngöbe ocupe una posición igualitaria con el hombre en términos de distribución de poder, su posición es en la mayoría de casos subalterna, pero si puede haber posibilitado determinado nivel de empoderamiento de las mujeres en la Comarca Ngäbe Buglé.

La religión Mama Chi, Mama Tadtá en la actualidad, es la religión oficial de la Comarca según la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé de 1999.



Un extracto del sistema de lecto-escritura Mama Tadtá. **Fuente:** El rector de la Universidad Ngöbe Buklé.



Pergamino con escritura Mama Tadtá en una sede de este credo en la Comarca Ngäbe Buglé. **Fuente:** El rector de la Universidad Ngöbe Buklé.

Según Silvia Salina, partera y secretaria general de ASASTRAN<sup>23</sup>, “Mama Tadtá está formada por 7 grupos, y no todos tan cerrados. Dentro de Mama Tadtá, Buglé y Mayuca si son cerrados...”. Muchos de los botánicos de ASASTRAN son mama tadtá y la gran mayoría de botánicos de Ichi Druribo son mama tadtá. Es importante destacar el hecho que en la Carta Orgánico Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé el culto a los Mama Tadtá es la religión oficial de la Comarca, a pesar de la gran cantidad de versiones prejuiciosas que sufre este culto. En la actualidad este movimiento expresa diferentes versiones, es un movimiento plural, en el que están presentes posturas más ‘cerradas’, cercanas a lo que podríamos definir como un ‘tradicionalismo esencialista’ y posturas más abiertas, receptivas al cambio, a la innovación y al intercambio.

El 14 de marzo de 1964, Telésforo Marcucci se convierte en Cacique de Tolé y del 6 al 10 de marzo de 1969 tienen lugar la elección de los tres caciques de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro. El objetivo de los caciques es unificar todas las fuerzas políticas ngöbe para delimitar las tierras indígenas, la lucha se organiza desde los congresos (locales, regionales o generales).

<sup>23</sup> Entrevista a Silvia Salina presidenta de ASASTRAN junto a Demetrio Santamaria rector de la Universidad Ngäbe Buklé, septiembre 2013.

En 1969 se articuló un movimiento indígena más reivindicativo frente al Estado. En 1972 una reforma constitucional establece la base de una política orientada hacia la solución de los problemas indígenas. Los artículos 120, 122 y 123 tratan del régimen agrario en zona indígena y de la propiedad colectiva de las tierras. El artículo 104 trata de la educación bilingüe, los artículos 84 y 86 tratan de las lenguas indígenas y de la identidad étnica, respectivamente.

A partir del gobierno de Torrijos es cuando por primera vez se ve la importancia de articular una política indigenista a nivel estatal para atender las demandas de los ngöbes. En 1977 el gobierno de Omar Torrijos formó una comisión mixta integrada por ngöbes y expertos en ciencias sociales, bajo la dirección del Ministerio de Gobierno y Justicia, con el objeto de atender las reivindicaciones de los ngöbes y formular una política indigenista. Más tarde a principios de la década de los 80 la delegación ngöbe elige al Dr. Camilo O. Pérez, como asesor legal de la Comisión Redactora del anteproyecto de ley para la definición del territorio del pueblo ngöbe, desde aquella fecha hasta 1995, se dan diversos altibajos en este proceso político. No obstante, es con el gobierno del Dr. Ernesto Pérez Valladares, del PRD, partido creado por Omar Torrijos, el que presenta un anteproyecto a la Asamblea Nacional para la definición de la Comarca Ngöbe-Buglé.

Esta larga lucha da como resultado la aprobación y promulgación de la ley 10 de 1997 por la cual se crea la Comarca Ngöbe Buglé. Posteriormente se dicta la ley 28 de 1998 y el decreto Ejecutivo N° 194 de 1999. Nace así la Comarca Ngöbe Buglé, que se divide en tres regiones, Ñö Kribo, Nedrini y Kädriri, en 7 Distritos Comarcales y 57 Corregimientos proyectando así las elecciones de 7 alcaldes, 57 representantes de corregimiento. Se crea además el Consejo General de la Coordinadora Comarcal, para posteriormente crearse los Congresos (Congreso General, Congresos Regionales y Congresos Locales) órganos de actuación de las autoridades tradicionales.

El pueblo ngöbe así como sus representantes confiaban que con esta ley finalmente los problemas de la Comarca y derechos indígenas se resolverían, trayendo una vida más prospera para los habitantes de la nueva Comarca. Lamentablemente esto no sucedió y la situación en la Comarca se volvió aún más insostenible, con una tasa de pobreza altísima, graves carencias y un destacado nivel de subdesarrollo.

Con el reconocimiento de las tierras colectivas vía el modelo comarcal, no se acaba con los conflictos, propiciados en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé por la entrada de industria extractiva de origen foráneo en las comarcas indígenas sin consultar a la población autóctona. En el mes de junio de 2010 hubo dos medidas legislativas complementarias que modificaban sustancialmente el ordenamiento vigente en cuestiones indígenas. La primera, una ley que declaraba de interés social prácticamente todos los proyectos económicos en marcha para eximirlos de publicar informes de impacto ambiental, garantía fundamental para los pueblos



indígenas. La segunda, un decreto presidencial modificando por completo, sin consulta, la Carta Orgánica de la Comarca Ngäbe-Buglé, especificando el funcionamiento de las autoridades tradicionales, cada cuanto tiempo deben ser electas y cuántas veces debe reunirse su Congreso General. Lo que fue considerado como un ataque en toda regla a la autonomía de esta comarca. El Congreso General de la Comarca consideró que ambas disposiciones legislativas les ponían en peligro como pueblo. Poniendo especial énfasis el caso de la ley ambiental, por ser la comarca más rica del país en recursos minerales, además de contar con los ríos más caudalosos.

Tras esta iniciativa legal estaba presente un importante proyecto en la Comarca Ngäbe-Buglé de explotación de cobre, oro y plata concedido a una transnacional estadounidense, la *Dominion Minerals Corporation*. Un proyecto que ponía en cuestión a las autoridades tradicionales rechazando su autonomía y su capacidad de decisión en el modelo de desarrollo.

En 2016 el conflicto por la hidroeléctrica de Barro Blanco sigue abierto, la central inundará cientos de hectáreas afectando a una parte de la comarca Ngabe Bugle. El proyecto afecta directamente a las comunidades indígenas de Quebrada Caña, Kiad y Nuevo Palomar, además de afectar a otras comunidades en la parte alta y baja de la cuenca. El proyecto de la hidroeléctrica es financiado por tres bancos internacionales, el Banco FMO de Holanda, el Banco Alemán de Desarrollo e Inversiones filial del Banco Federal de Alemania y el Banco Centroamericano de Integración Económica. Además de perder sus hogares, en el lecho del río Tabasará, se encuentra un petroglifo precolombino que sirve de culto principal de la iglesia sincretista de la Comarca: los Mama Tadta. Este petroglifo se vería afectado junto a diferentes especies como la “rana azul” (especie única) que posiblemente será exterminada. El Movimiento 10 de abril ha declarado que ellos no quieren ser desplazados de sus hogares, ni buscan recibir indemnizaciones, solo quieren cancelar el proyecto, recuperar sus tierras, que su terreno se quede tal y como estaba. El gobierno panameñista (Partido Panameñista) que ganó las elecciones en 2014 creó una mesa de diálogo que no ha resuelto el conflicto. En agosto de 2016 se llegó a un acuerdo entre la cacica general de la Comarca Ngäbe Buglé, Silvia Carrera, y el gobierno panameñista de Juan Carlos Varela para desarrollar un proyecto hidroeléctrico en Barroblanco, este acuerdo ha sido rechazado por diferentes colectivos y movimientos sociales ngöbes.

El Congreso General de la Comarca Ngäbe Buglé no ha ratificado dicho acuerdo<sup>24</sup>. La cacica general personifica la máxima autoridad tradicional en la Comarca y el Congreso General es el organismo tradicional más importante en el territorio comarcal, la división entre estas dos instituciones es una prueba de los profundos disensos existentes en la sociedad ngöbe sobre el modelo de desarrollo.

---

<sup>24</sup> En [http://www.prensa.com/sociedad/Ngabe-Bugle-buscan-nuevo-dialogo\\_0\\_4578292161.html](http://www.prensa.com/sociedad/Ngabe-Bugle-buscan-nuevo-dialogo_0_4578292161.html) (revisado el 20/09/2016)

Dentro de las autoridades tradicionales existen sectores que son proclives a los proyectos hidroeléctricos siempre que redunden en la mejora las condiciones de vida de los ngöbes en la Comarca y en el otro extremo existen sectores que son completamente contrarios a la entrada de la industria extractiva en la Comarca.

#### **7.4. *La Comarca Ngäbe Buglé en la actualidad.***

La Comarca Ngäbe-Buglé<sup>25</sup> fue creada en 1997 a partir de territorios de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas. Su población asciende a 156.747 según el último censo, y es la comarca indígena de mayor tamaño de la República de Panamá. La comarca está situada cerca de la frontera con Costa Rica y tiene como principal actividad económica la agricultura. El 74% de los ngöbes se dedican a la agricultura según datos del MIDES, Ministerio de Desarrollo Social (Fuente: ACUN, 2014).

<b><u>La Comarca Ngäbe Buglé.</u></b>	
<b><u>Capital</u></b>	Llano Tugrí
<b><u>Entidad</u></b>	<u>Comarca</u>
• <b><u>País</u></b>	 <u>Panamá</u>
<b>Subdivisiones</b>	– 7 <u>distritos</u>
	– 57 <u>corregimientos</u>
	– 3 <u>regiones</u>
<b><u>Superficie</u></b>	
• Total	6968 <u>km²</u>
<b><u>Población</u> (Censo 2010)</b>	
• Total	156. 747 hab.
• <b><u>Densidad</u></b>	22,15 hab/km²



<sup>25</sup> Originariamente la Comarca se conocía como Ngöbe Buglé pero recientemente se utiliza Ngäbe Buglé, aunque no existe consenso sobre cuál es la denominación definitiva de la Comarca. En el caso de los kunas, ahora gunas, antes era la Comarca Kuna Yala y ahora es la Comarca Guna Yala. Puede ser un síntoma del actual proceso de “reconstrucción” de la identidad indígena.

A partir de la ley 10 de 1997<sup>26</sup> así como por medio de la Carta Orgánico-Administrativa se definen las características básicas de la Comarca, la defensa de la identidad, la idiosincrasia y las tradiciones de los pueblos originarios que han residido en esos territorios ancestrales. Para la administración de los asuntos públicos, la defensa de la cultura indígena así como el desarrollo de cualquier proyecto social, político o económico debe ser consensuado entre las autoridades estatales y las autoridades tradicionales. La relación entre estos dos tipos de autoridades en ocasiones no es todo lo armónico que se pudiera desear por lo que se dan episodios de paralización de proyectos por falta de entendimiento entre estos dos tipos de autoridad.

- ✓ Las autoridades estatales: gobernador, legisladores (por cada región), alcaldes, representantes y corregidores. Elegidas por sufragio universal.
- ✓ Las autoridades tradicionales: cacique general, caciques regionales, caciques locales (por cada municipio), jefes inmediatos (por cada corregimiento) y voceros. Elegidas por sufragio universal..

Las autoridades estatales tienen una vocación más burocrática-administrativa, se les exigen conocimientos sobre el funcionamiento del Estado y la administración. Las autoridades estatales serían las encargadas de implementar una administración pública equiparable a la de otros estados.

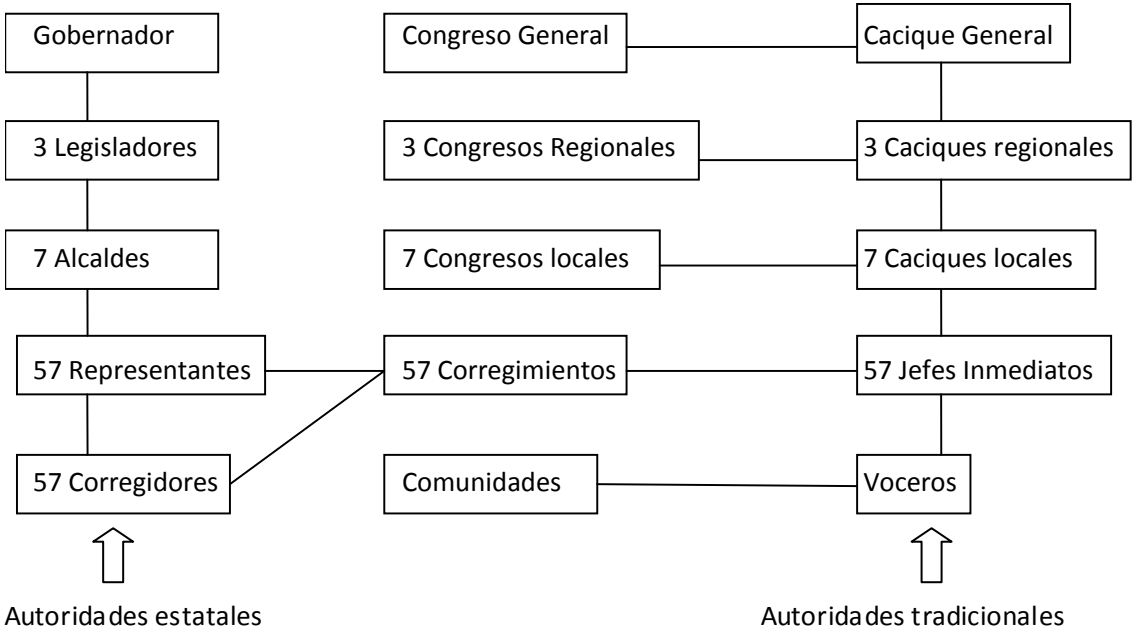
Las autoridades tradicionales tienen, básicamente, la función de órganos consultivos y garantes de que se cumplan los derechos reconocidos a los ngöbes y a los buglés, pueden plantear iniciativas para cualquier proyecto económico, cultural y político que se desarrolle en la Comarca, también pueden convocar referéndums sobre estos proyectos (entre los principales afectados-beneficiarios), y en algunos casos pueden ‘fiscalizar estos proyectos’. En la Carta Orgánico Administrativa también se especifican algunos requisitos y conocimientos que deben cumplir las autoridades tradicionales, como por ejemplo: no pertenecer a ningún partido político, ser mayor de edad (para la Comisión del Congreso General, tener al menos 25 años), no tener antecedentes penales, saber leer y escribir, ser residente en la Comarca al menos durante los últimos 2 años, pertenecer a una organización debidamente acreditada ante el Congreso, entre los requisitos más importantes.

En muchas ocasiones existen dificultades en armonizar estos dos tipos de autoridad.

---

<sup>26</sup> “Ni Ngöbe Núnadi Kóre. El pueblo Ngöbe vivirá siempre, ley 10, Decreto Ejecutivo NO 194, Guías para el estudio”, editado por ACUN, Panamá, 2010.

### ESQUEMA DE LAS AUTORIDADES EN LA COMARCA.



La actual estructura político-administrativa tradicional tiene como principal figura el Congreso General Ngäbe-Buglé y Campesino (CGNBC), denominación que recibe por la Ley 10, de 7 de marzo de 1997, se reúne cada tres años y está dirigido por el Cacique General. El Congreso tiene una Junta Directiva (Presidente, vicepresidente, secretaria y vocales), que ejecuta los acuerdos de manera permanente entre cada congreso.

El territorio de la Comarca Ngäbe-Buglé se divide geopolíticamente en tres grandes regiones: Ño Kribo, Nidriní, y Kadriri. En virtud de esto el CGNBC está compuesto por tres Congresos Regionales, que corresponden a las regiones antes mencionadas. Los Congresos Regionales se reúnen anualmente y son dirigidos por los Caciques Regionales.

La organización tradicional Ngäbe-Buglé, también contempla siete (7) Congresos Locales, siendo estos los de Kankintu, Kusapin, Besiko, Mironó, Nole Duima, Mūna y Ŋurum. Estos Congresos Locales están dirigidos por los caciques locales. Los Congresos Locales se reúnen regularmente.

En el ámbito de los corregimientos (nivel de los representantes) se nombran Jefes Inmediatos para la administración de la justicia local, a la vez que se establecen voceros para cada comunidad.

A través del marco legal (ley 10 y Carta Orgánica Administrativa) también se establece que las tierras serán de propiedad colectiva y no podrán ser sujetas de apropiación privada ni enajenadas bajo ningún título, lo que constituye una de las características más importantes de la Comarca, junto con la administración de los asuntos públicos. La propiedad de la tierra es de capital importancia en la comunidad, especialmente a medida que aumenta la población en relación a las tierras de cultivo en la comarca, y las tierras productivas se degradan por el uso excesivo.

El intrincado sistema de asignación de los recursos de tierras, se basa en el sistema de parentesco. Los miembros de un grupo de parentesco poseen la propiedad de la tierra. Estos derechos de propiedad colectiva pertenecen a cada miembro del grupo de parentesco y estos derechos pueden ser prestados a los miembros de una familia, a los cónyuges, aunque estos derechos pueden ser revocados, es decir en caso que se considere que se está dando un uso ilegítimo de las tierras la comunidad le puede sustraer la propiedad.

La Comarca está organizada en áreas semiurbanas, con un gran número de población dispersa, pocos centros urbanos y escasamente poblados, siendo característicos los pequeños 'caseríos de familias'.

La base de la organización social está en la familia, la cual se fundamenta en una pareja unida por un hombre y una mujer, lo cual sumado a la práctica preferencial del sistema de matrimonio de intercambio (entre diferentes familias), amplía los grupos familiares o de parentesco consanguíneo y político.

El intercambio entre dos familias establece de hecho una relación de parentesco que recibe el nombre de *Koba*. Al entrar en esta relación de parentesco (*Koba*) intervienen dos padres de familia que aceptan dar las hijas en matrimonio respectivamente a hijos de edad casadera. El sistema se inicia cuando un hombre tiene un hijo en edad de casamiento (no antes de los veinte años de edad). Los lazos parentales, consanguíneos y políticos, mantienen una fuerte unión en esta sociedad. Por esa razón, los pequeños caseríos que se han ido formando en los últimos años, responden en realidad a las interrelaciones familiares y de trabajo de los núcleos familiares emparentados.

Los cultivos más comunes que crecen en la Comarca Ngäbe-Buglé son el maíz, el arroz, los frijoles, el otoi, los plátanos y el café, aunque también se cultivan tomates, pimientos y otros vegetales en jardines más pequeños, domésticos. Las frutas como los mangos, las naranjas, el miento, crecen estacionalmente junto con el cacao, todo lo cual complementa la dieta de los moradores. La carne es rara vez comida, aunque muchas familias mantienen vacas, cerdos, patos y pollos. Las sardinas son un elemento básico común y las hojaldras (pan frito panameño) constituyen algunas de las referencias gastronómicas más usuales. La mayoría de la agricultura se hace sobre tierra limpiada utilizando técnicas de tala y quema, y debido a la

presión demográfica creciente, esta tierra rara vez se deja en barbecho durante un tiempo suficiente, por lo que los rendimientos tienden a disminuir con el tiempo.

Todos los años, una parte considerable de la población indígena ngöbe emigra hacia Costa Rica durante seis meses desde la fronteriza provincia de Chiriquí, donde habitan, para trabajar temporalmente en la recogida del café.

La migración permanente de la población comarcal dentro de Panamá se produce del área rural hacia la urbana, y en su mayoría se trata de jóvenes de 15 a 29 años de edad.

La Comarca Ngöbe-Buglé está amenazada por la degradación ambiental causada por la explotación de sus tierras producto de la agricultura y la minería (en estos momentos paralizada por la ley 11).

El yacimiento Cerro Colorado, uno de las mayores reservas mundiales de mineral de cobre, se encuentra en la Comarca. La minería en la zona, aunque formalmente es legal, porque los derechos de propiedad de los recursos del subsuelo pertenecen al Estado, plantea una gran amenaza ambiental al contaminar las cuencas hidrográficas locales. La minería ha sido paralizada en tierras comarcales.

A pesar de que proporcionan ingresos temporales, las cuencas mineras también tienen muchos efectos adversos en la comarca y la mayoría de los nativos se oponen a la explotación minera en sus tierras. Parecido es el caso de los ríos y los mares que también pertenecen al Estado porque se consideran subsuelo, en este contexto se comenzaron importantes obras para establecer centrales hidroeléctricas, pero no se consultó a los pueblos originarios y contó con su total oposición. El conflicto no ha terminado y en 2016 las obras para construir una hidroeléctrica en Tabasará se han retomado, con lo que la controversia sobre ese conflicto sigue abierta.

Es importante recordar los violentos acontecimientos vinculados a la defensa de los recursos naturales en 2012 que concluyó con la aprobación de la ley 11<sup>27</sup>. Se paralizó la minería en Cerro Colorado y las obras hidroeléctricas en la Comarca, las dos demandas principales de la movilización de la comunidad ngöbe en el 2012.

En la Comarca hay diversas organizaciones y entidades tales como: ASASTRAN, dedicada a la medicina tradicional Ngäbe; ASMUNG, asociación de mujeres Ngäbe; la Fundación Cultural Ngäbe que impulsa la primera universidad intercultural indígena en la República de Panamá,

---

<sup>27</sup> “El cacao y los colibríes, ley 11, comentarios”, editado por ACUN, Panamá, 2012.

llamada Universidad Ngäbe Buklé. También, la Fundación Venado, Sribire Waire, Irene Vazquez, Cuerpo de Paz (U.S. Peace Corps) y otros. En la Comarca también existen organizaciones que impulsan un turismo rural y ecológico: OCAB. O movimientos sociales más reivindicativos como el Movimiento 10 de abril (M-10) o la Fundación Internacionalista Victoriano Lorenzo. En definitiva existe un amplio tejido asociativo que trata de poner en valor los saberes, las tradiciones y los aportes de la cultura ngöbe.

El pueblo ngöbe vive en condiciones de una fuerte adversidad, como resultado de las difíciles condiciones contemporáneas. Los problemas de escasez de tierra y de los cultivos, se convierten en un problema muy grave, la desnutrición es frecuente, especialmente en niños y mujeres embarazadas. Las migraciones en busca de nuevos recursos económicos tienen profundos efectos sobre la estructura familiar y aumento de la presión sobre las mujeres para mantener a sus hijos solas. El carácter disperso de la población también hace difícil el acceso a la atención médica. La falta general de agua potable y de servicios de saneamiento causa profundos problemas de salud. La falta de infraestructuras suficientes y la insuficiente prestación de servicios sociales por parte del gobierno es a menudo la raíz de muchos problemas que afectan a las zonas más difícil acceso.

**Tabla 6:** Tasa de pobreza en Panamá.

	2011	2012	2013	2014
TOTAL PAIS	27,6%	25,8%	26,2%	25,8%
TOTAL PROVINCIAS	23,4%	21,4%	22,1%	22,7%
Bocas del Toro	55,0%	55,6%	54%	51,1%
Coclé	37,0%	33,9%	34%	34,3%
Colón	17,6%	15,8%	17,3%	17,3%
Chiriquí	27,5%	29,1%	27,4%	26,5%
Darién	49,5%	48,1%	52,4%	50,9%
Herrera	20,6%	21,5%	20,8%	20,9%
Los Santos	16,9%	16,6%	16,7%	16,6%
Panamá	16,4%	13,2%	14,8%	14,6%
Veraguas	42,7%	40,9%	41,7%	41,2%
TOTAL AREAS INDÍGENAS				
TOTAL COMARCAS INDÍGENAS	89,2%	89,8%	87,8%	86,9%
Guna Yala	83,7%	83,3%	81,1%	80,7%
Emberá-Wounaan	72,4%	73,7%	72,9%	70,9%
Ngäbe-Buglé	91,4%	92,7%	90,1%	89,2%

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)

Los niveles de escolarización son muy bajos en la Comarca Ngäbe-Buglé fruto de los escasos recursos económicos y de la gran dispersión poblacional, y el transporte a la escuela presenta un gran desafío para muchas familias. Como resultado de estos y otros factores, sólo 18% de

los niños de 15-19 años en la comarca Ngöbe-Buglé siguen estudios después del sexto grado (después de primaria) (MINSA, 2014).

Pero más allá de la pobreza y la marginación, se dan otras realidades en el pueblo ngöbe. Existe una gran cantidad de médicos/as ngöbe, formados actualmente, o que en un pasado fueron a Cuba o Rusia (convenios realizados durante el periodo de gobierno de Omar Torrijos) y trabajan en la comarca. De igual forma, hay profesionales del turismo, del derecho, de la psicología, filósofos, etc, que han estudiado en países de Europa y América. Estos profesionales que trabajan en la Comarca o fuera de la Comarca conforman una realidad que supera la representación esquemática de lo indígena como una condición que irremisiblemente lleva a la marginalidad, dando cuenta de otros matices, una sociedad más plural, que participa en los procesos de modernización de otra manera.

El pueblo ngöbe en la actualidad dispone de una gran capacidad organizativa. Fruto de este tejido asociativo consiguieron paralizar los proyectos mineros e hidroeléctricos en la Comarca y están negociando con el gobierno diferentes proyectos y programas de desarrollo en territorio comarcal.



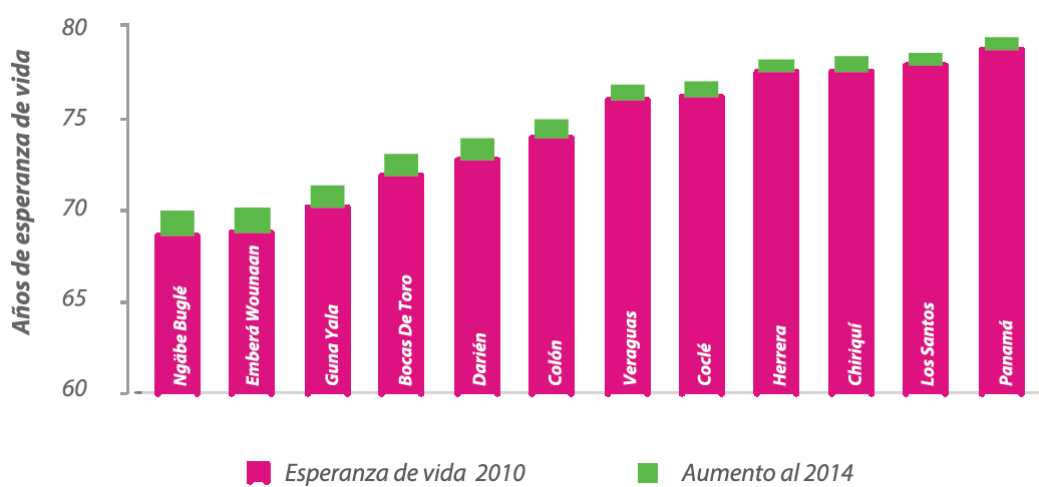


## 8. La situación sociosanitaria en la Comarca Ngäbe Buglé y la medicina tradicional.

### 8.1. La crisis socio sanitaria en la Comarca Ngäbe Buglé.

En materia de salud la situación de la Comarca Ngäbe Buglé es muy negativa. Existen muchas deficiencias, carencias y problemas relacionados con la protección de la garantía de la salud. La Comarca cuenta con una esperanza de vida por debajo de los 70 años mientras que el promedio de la zona transitista se sitúa cerca de los 80 años.

**Gráfico 2:** Esperanza de vida en Panamá, 2010-2014.

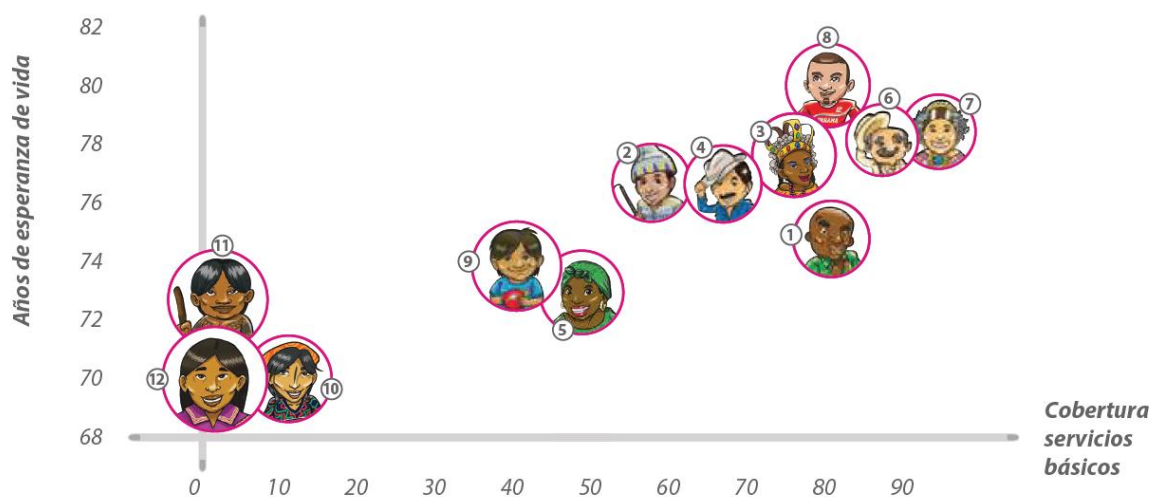


Fuente: PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015.

En el *Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015* se identifica una alta relación entre la cobertura de servicios básicos del 2010 (como factor interviniente) y la esperanza de vida del 2014. Esta relación deja como resultado indicios sobre algunos de los factores que afectan a la salud de la población y su efecto en la calidad de vida. Podemos concluir que los insuficientes servicios de agua, saneamiento y electricidad afectan de forma negativa en la esperanza de vida de los moradores.

Esta relación entre servicios básicos y esperanza de vida se puede visualizar en el gráfico que se presenta a continuación, el (12) corresponde a la Comarca Ngäbe Buglé, el (10) corresponde a la Comarca Guna Yala y el (11) a la Comarca Emberá Wounaan, el resto corresponden a las nueve provincias panameñas.

**Gráfico 3:** *Esperanza de vida y relación con los servicios básicos, 2010-2014.*



**Fuente:** PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015.

La situación sociosanitaria de la Comarca es de mucha vulnerabilidad. A modo de ejemplo se suministran los siguientes datos:

- En el caso de la Comarca Ngäbe Buglé, el acceso del agua y el saneamiento llega al 28% de la población, según datos del censo 2010. En la república panameña el acceso al agua y al saneamiento llega al 92,9%.
- Los indicadores de mortalidad en menores de 5 años son preocupantes. En la Comarca Ngäbe Buglé se registran 32,65 muertes de menores de cinco años por mil nacidos vivos. Mientras que en el caso panameño se reflejan tasas inferiores a 20,2 por 1,000 nacidos vivos (Fuente: MINSA, 2014).
- La mortalidad materna en la Comarca Ngäbe Buglé es tres veces superior a la media nacional.
- Las principales causas de mortalidad en la Comarca son: la diarrea y la gastroenteritis de origen infeccioso, la neumonía y la tuberculosis respiratoria, mientras que a nivel país las principales causas de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares, y la Diabetes Mellitus. La República de Panamá está en un proceso de 'transición epidemiológica' que supone el desplazamiento de las enfermedades infecciosas a enfermedades crónico degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios, etc) (Fuente: MINSA, 2013). Esta transición epidemiológica, consecuencia del avance de las condiciones sociosanitarias, no se está dando en la Comarca, las principales enfermedades en el territorio indígena son las enfermedades infecciosas.
- Según datos del ministerio de salud el nivel de desnutrición en menores de 5 años cuatriplica en el caso de la Comarca. La media nacional es 3,9 y en el caso de la

Comarca esta asciende al 12,4. En el caso de la población escolar los valores comarcales de desnutrición triplican los valores de la media nacional (MINSA, 2013).

**Tabla 7:** Principales enfermedades en Panamá y en la Comarca Ngäbe Buglé.

Panamá		Total	Tasa	C. Ngäbe Buglé		Total	Tasa
CAUSAS							
1	Enfermedades isquémicas del corazón	1851	52,8	1	Diarrea, gastroenteritis de origen infeccioso	74	48,0
2	Enfermedades cerebrovasculares	1276	36,4	2	Neumonía	36	23,3
3	Diabetes Mellitus	874	24,9	3	Tuberculosis respiratoria	20	13,0
4	Agresiones-homicidios	760	21,7	4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.	13	8,4
5	Neumonía	722	20,6	5	Ahogamiento y sumersión accidental	11	7,1

Fuente: MINSA, Situación de salud Panamá, 2013

En la Comarca Ngäbe Buglé hay una tendencia a sufrir mayores incidencias de enfermedades infecciosas que el resto de provincias de Panamá. Por ejemplo, hay una mayor incidencia de tuberculosis que el resto del país, siendo la tuberculosis respiratoria la tercera enfermedad más común en la Comarca.

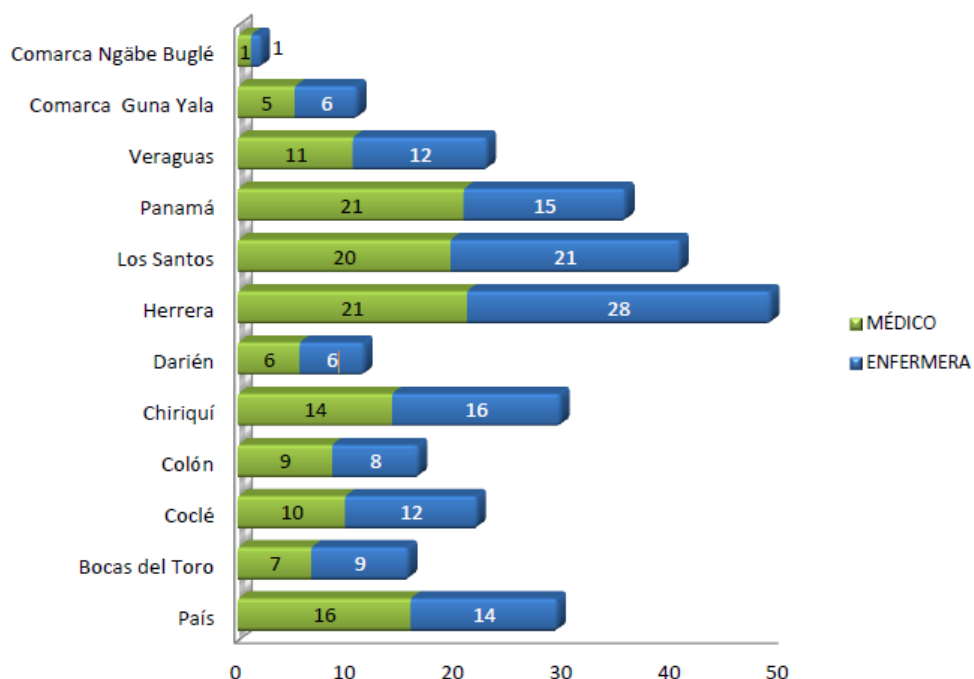
Si bien el estado panameño está desarrollando un esfuerzo para mejorar la atención a la salud en la Comarca. Producto de ese esfuerzo, en 1998 se creó una región específica de salud para atender el área comarcal (que tiene la sede central en San Félix, fuera de la comarca) y ha aumentado el personal sanitario en la Comarca.

Pero a pesar de estas medidas, la atención médica es absolutamente insuficiente, siendo el presupuesto escaso, y el número de instalaciones y de personal médico insuficientes. La densidad de médicos y enfermeras para la comarca Ngäbe Buglé es 2,6 médicos o enfermeros por cada 10 mil habitantes, datos que están por debajo de los estándares marcados por la Organización Mundial de la Salud (Fuente: MINSA, 2014).

La Organización Mundial de la Salud, propone la suma de dos indicadores: médicos y enfermeras cada 10.000 habitantes. La OMS sugiere los siguientes estándares:

- ✓ Baja densidad es cuando la oferta es menos de 25 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes. 25 trabajadores sanitarios es la densidad mínima recomendada por la OMS.
- ✓ Densidad media es de 25 a 50 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes.
- ✓ Alta densidad cuando el valor del indicador se ubica por encima de los 50 trabajadores por diez mil habitantes.

**Gráfico 4:** Médicos y enfermeras por provincia y comarca por cada 10.000 habitantes. Año 2012.



Fuente: MINSA, *Indicadores de salud básicos, Panamá 2014*.

En la Comarca existen 10 centros de salud y 94 puestos de salud. Los puestos de salud en la mayoría de los casos no disponen de personal permanente.

Los puestos de salud son atendidos por personal auxiliar y enfermeros, eventualmente disponen de 'visitas médicas' con doctores. Los puestos de salud son básicamente espacios preventivos y promocionales con una escasa infraestructura, destinados a atender zonas poco accesibles, estos dependen de un centro de salud. Los centros de salud están mejor equipados y destinados a la atención ambulatoria, aunque en el caso de la Comarca disponen de muy poca tecnología o esta es muy precaria. Los centros de salud brindan servicios y atención de salud básica basada en la atención primaria y urgente, también ofrecen prevención y promoción de la salud.

El tiempo de desplazamiento en busca de atención médica, desde el hogar hasta el lugar de tratamiento médico, es muy alto en el caso de los ngöbes. Con respecto a la atención

hospitalaria, el tiempo puede fluctuar entre horas y días, dependiendo de la ubicación de la comunidad de residencia del paciente, el medio de transporte y las condiciones meteorológicas (MINSA, 2013).

En Panamá el sector público de salud atiende al 90% de la población, pero la concentración de establecimientos, servicios y recursos humanos en las áreas urbanas hace que su distribución sea inequitativa, y que la población indígena y la que habita en zonas apartadas tengan un acceso limitado a la atención de la salud. La falta de infraestructuras y de recursos humanos capacitados influye negativamente en el estado de salud de la población menos favorecida, especialmente en comarcas indígenas y zonas de difícil acceso. Es así que la población indígena tiene mayores tasas de morbilidad y mortalidad general, y sus tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son las más elevadas.

En la Comarca Ngäbe–Buglé, la tasa de mortalidad infantil casi duplica la tasa de la provincia de Panamá, 20,8 frente 13,2 (la tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de muerte de un infante antes de cumplir su primer año de vida). La tasa de mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional en la Comarca Ngäbe, con unas 300,5 muertes frente a un promedio nacional de 80,5 muertes por cada cien mil nacidos vivos (MINSA, 2013), hechos que han provocado incumplimientos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados para el 2015 por el Sistema de las Naciones Unidas.

**Tabla 8:** Tasa de mortalidad infantil por provincias y regiones de salud de la República de Panamá.

Provincia/Región de Salud	2009	2010	2011
<b>Bocas del Toro</b>	<b>26.6</b>	<b>27.7</b>	<b>20.1</b>
<b>Coclé</b>	11.0	10.4	11.0
<b>Colón</b>	10.8	13.6	11.4
<b>Chiriquí</b>	14.9	<b>15.4</b>	14.9
<b>Darién</b>	<b>22.6</b>	14.1	<b>19.1</b>
<b>Herrera</b>	7.6	11.0	14.5
<b>Los Santos</b>	6.6	5.8	10.5
<b>Panamá Este</b>	11.3	12.9	18.7
<b>Panamá Metro</b>	7.7	9.6	12.7
<b>Panamá Oeste</b>	11.5	12.3	10.5
<b>San Miguelito</b>	8.3	9.9	9.3
<b>Veraguas</b>	9.5	11.6	10.7
<b>Comarca Guna Yala</b>	<b>22.3</b>	<b>24.3</b>	<b>19.5</b>
<b>Comarca Ngäbe Buglé</b>	<b>19.2</b>	<b>19.3</b>	<b>20.8</b>
<b>País</b>	<b>12.2</b>	<b>13.4</b>	<b>13.2</b>

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2011

(1) La Provincia de Panamá tiene 4 Regiones de Salud TM < 5 años por 1000 nacidos vivos

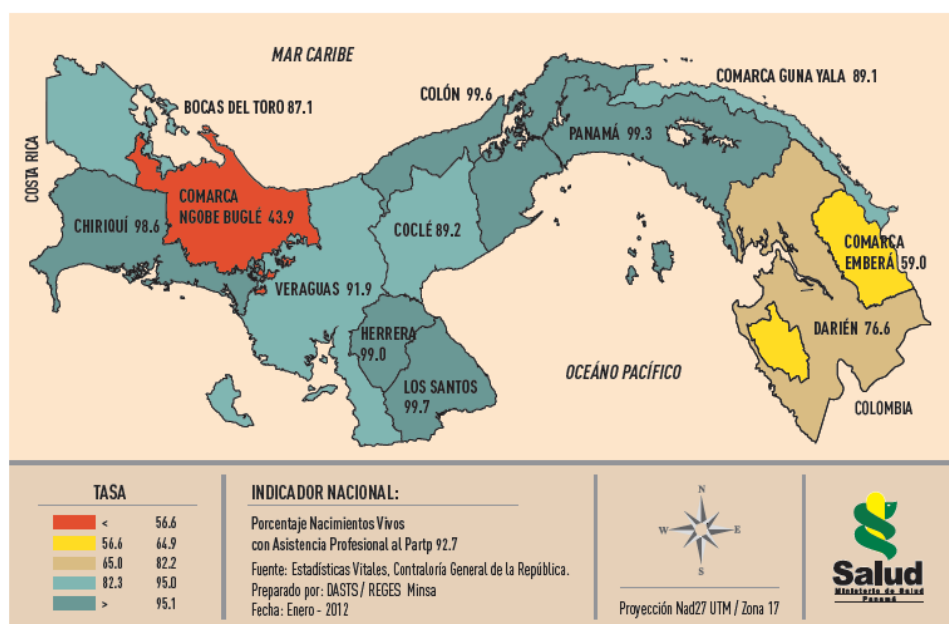
**Tabla 9: Razón de mortalidad materna por provincias y regiones de salud de la República de Panamá.**

Provincia/Región de Salud	2010	2011
Bocas del Toro	50.0	<b>158.0</b>
Coclé	50.0	<b>92.0</b>
Colón	60.0	66.9
Chiriquí	40.0	57.4
Darién	<b>110.0</b>	<b>76.3</b>
Herrera	0	0
Los Santos	0	0
Panamá Este	46.8	0
Panamá Metro	<b>99.2</b>	22.3
Panamá Oeste	37.4	<b>77.9</b>
San Miguelito	24.3	54.3
Veraguas	50.0	47.4
Comarca Guna Yala	<b>460.0</b>	<b>542.3</b>
Comarca Ngäbe Buglé	<b>200.0</b>	<b>300.5</b>
País	<b>60.3</b>	80.5

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.  
(1) La Provincia de Panamá tiene 4 Regiones de Salud TM < 5 años por 1000 nacidos vivos

Es significativo destacar como la Comarca Ngäbe Buglé tiene las tasas más bajas de asistencia profesional al parto de toda la República de Panamá, con un 43,9% de los casos con asistencia profesional a diferencia del resto de las provincias que suele superar el 90% de casos o estar cercano, exceptuando El Darién y la Comarca Emberá Wounnan.

**PORCENTAJES DE NACIMIENTOS VIVOS CON ASISTENCIA PROFESIONAL AL PARTO, SEGÚN PROVINCIAS Y COMARCAS INDÍGENAS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 2010**



## 8.2. *¿Qué es la medicina tradicional?*

*¿Qué es Salud para nosotros? Yo no soy doctor de la medicina alópata, pero sí tengo una conexión verdaderamente especial con las energías cósmicas y las técnicas de salud mental, espiritual, personal, de sentirse bien con mis ancestros mayas y especialmente manejando el sagrado calendario maya, mi manual, mi guía (Menchú Tum, 2010)*

En términos generales, se puede entender por medicina tradicional (MT) como el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. También puede considerarse como una mezcla de prácticas médicas teniendo como fundamento los conocimientos ancestrales de medicina de una cultura.

Desde los organismos sanitarios más importantes de Panamá, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de Panamá (MINSa) se entiende que la medicina tradicional es un sistema de salud, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias, y dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, médicos tradicionales, etc, que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales, y porque existe una población que confía en ella, la solicita y la utiliza cotidianamente. Este concepto abarca una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas. Por ello referiremos la especificidad de la medicina indígena como 'medicina indígena tradicional', que se diferencia de otras tradiciones muy presentes en la llamada medicina popular, principalmente de tradición campesina.

Según la OMS en la medicina tradicional son centrales los medicamentos herbarios. Hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados, que contienen principios activos, partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos (Fuente: [http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/) Consultado el 16/06/2016).

- **Hierbas:** comprenden materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteros, fragmentados o pulverizados.
- **Materiales herbarios:** comprenden, además de hierbas, jugos frescos, gomas, aceites fijos, aceites esenciales, resinas y polvos secos de hierbas. En algunos países esos productos se pueden elaborar mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales.



- **Preparaciones herbarias:** son la base de los productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción, fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales.
- **Productos herbarios acabados:** se componen de preparaciones herbarias hechas a partir de una o más hierbas. Si se utiliza más de una hierba, se puede utilizar también la expresión ‘mezcla de productos herbarios’. Los productos herbarios acabados y las mezclas de productos herbarios pueden contener excipientes, además de los principios activos. Sin embargo, no se consideran herbarios los productos acabados o en forma de mezcla a los que se hayan añadido sustancias activas químicamente definidas, incluidos compuestos sintéticos o constituyentes aislados de materiales herbarios.

Dentro de la MT el uso tradicional de medicamentos herbarios se entiende como un empleo prolongado a lo largo de la historia. Su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz y puede ser aceptado por las autoridades nacionales.

En el caso que nos ocupa, la MT comprende aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia. Sus conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la identidad y la idiosincrasia cultural indígena. Lo cual no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades. Estas prácticas médicas lejos de desaparecer han resurgido en la actualidad. Las curas tradicionales a base de hierbas o los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también tienen muchos denominadores comunes.

Parafraseando “las Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional”: *“La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”* (General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, WHO, 2000).

La medicina tradicional está emparentada con la medicina complementaria y la medicina alternativa. Los términos ‘medicina complementaria’ y ‘medicina alternativa’, utilizados indistintamente en algunos países junto con ‘medicina tradicional’, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no suelen formar parte de la propia tradición del país y no suelen estar integradas en el sistema sanitario principal.

Como hito histórico en la lucha por el reconocimiento de la MT en Panamá vamos a destacar la Declaración de Kuerima, realizado en la Comarca Ngäbe Buglé. Primer congreso nacional de los principales pueblos indígenas de Panamá para el reconocimiento de la MT, realizado por los ngöbes, los gunas y los emberá, que comprenden cerca del 90% del total de las poblaciones indígenas en Panamá.

En esta declaración se destaca la MT como un sistema de salud, el valor curativo de esta medicina, el importante rol que tiene en los territorios indígenas asistiendo a aquellos convalecientes que el sistema formal de salud no puede atender por las insuficiencias de las infraestructuras médicas. Pero también destaca la importancia de la medicina tradicional como forma de vida, como cultura, como idiosincrasia, como forma de resistencia a la cultura mayoritaria, como modo de conservación de uno de sus núcleos constitutivos como sociedad.

Esta declaración exhorta a las autoridades panameñas a crear un marco legal que preserve y proteja la medicina tradicional y que apruebe el convenio 169 de la OIT para que se reconozca la autonomía y la capacidad de decisión de los pueblos indígenas, y preserve sus saberes y sus conocimientos tradicionales. Panamá está en proceso de ratificación del convenio 169 de la OIT pero aún no se ha realizado esta ratificación.

El Convenio 169 es un tratado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), dedicado a las culturas indígenas con el objeto de preservar su identidad, su lengua, su educación y su territorio, garantizando su capacidad de decisión y de autonomía. En el artículo primero se plantea su filosofía:

“Los pueblos considerados indígenas deben conservar todas sus instituciones propias: culturales, económicas, sociales y políticas, o al menos una parte de ellas” (OIT, Convenio 169, 1989).

En el punto 2 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se hace una mención explícita a la medicina tradicional:

“2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (OIT, Convenio 169, 1989)”.

La Declaración de Kuerima, en el Primer Congreso Nacional de Medicina Tradicional en Panamá. Este Congreso se desarrollo en el Distrito Mironó, en la Comarca Ngäbe-Buglé, el 24 de septiembre de 2005, es especialmente relevante porque incluía médicos tradicionales, tanto botánicos como parteras, *sukias* (ngäbe), *neles* (guna), *jaibanas* (emberás) en un

encuentro inédito de prescriptores de salud tradicionales de diferentes grupos indígenas panameños pidiendo una protección efectiva de la medicina tradicional.

A continuación se presenta los términos de la declaración final:

“Los abajo firmantes, reunidos en el Primer Congreso Nacional de Medicina Indígena, realizado en la comunidad de Kuerima, distrito de Mironó, Comarca Ngöbé-Buglé (Panamá), analizamos desde distintos puntos de vista la situación de la medicina tradicional indígena hoy en día y, basándonos en nuestros principios, valores socio-culturales y espirituales, reflexionando en las generaciones futuras de nuestros pueblos indígenas, manifestamos lo siguiente:

La Medicina Indígena y sus conocimientos tradicionales en nuestro medio y cosmovisión siempre vienen asociados y representan un patrimonio cultural que es de propiedad de todo un pueblo y cultura que lo ha defendido o mantenido por siglos, desde tiempos inmemoriales, por lo que tiene significados de gran importancia para nuestros pueblos indígenas de Panamá y el mundo, es decir, no puede ser robado, usado o tergiversado para otros fines sin el consentimiento de nuestras autoridades y médicos tradicionales.

Esta medicina indígena no sólo constituye un sistema de cuidado de salud alternativo para nosotros, sino es también parte de nuestra existencia o vida, sin lo cual los enemigos de nuestras culturas ya hoy día se contentarían de nuestra inexistencia, más sin embargo nuestro conocimiento tradicional y medicina ha templado nuestro espíritu de lucha y sobrevivencia, por lo que por nuestras venas sigue fluyendo sangre guerrera que ha de defender los intereses sagrados de nuestro pasado, presente y futuro.

Con orgullo decimos que donde el sistema de salud occidental no llega, está nuestra medicina dispuesta a realizar su trabajo, sin desconocer esa medicina occidental que también es muy valioso para nosotros.

Por otro lado, este patrimonio o legado indígena enfrenta graves amenazas tanto a lo interno de las comunidades y territorios indígenas como a nivel internacional, amenazas que no podemos desconocer, por lo que solicitamos también la solidaridad de nuestros hermanos indígenas o no indígenas, ante multinacionales que se lucran de nuestros ricos conocimientos tradicionales, pero a costa de la miseria en que están sumidas nuestras comunidades.

En este sentido, nosotros, los Sukias, Jaibanàs, Neles, médicos, parteras, entre otros, de las Comarcas de Kuna Yala, Embera-Wounaan y Ngöbé-Buglé, presentes, consideramos que el tema de la medicina indígena sea una prioridad para ser atendido y desarrollado por los Congresos Generales Indígenas.

Que el estado reconozca y valore en su justa dimensión el sistema de medicina indígena, mediante la implementación real, activa y efectiva de los planes de acción, con la participación de los congresos generales y médicos tradicionales.

Que el estado, desarrolle leyes sobre medicina indígena, incluyendo su protección desde la perspectiva indígena, y con la participación real, activa y efectiva de los congresos indígenas y actores sociales involucrados.

Que el estado panameño apruebe el convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo, en la cual se reconocen los derechos humanos de los pueblos indígenas y sus sistemas de conocimientos tradicionales”.

(Congreso de Kuerima, Comarca Ngäbe Buglé, 2005).

En mayo de 2016 la Asamblea Nacional de Panamá está debatiendo el proyecto de ley número 80 que busca proteger los conocimientos de medicina ancestral.

En el primer artículo de la ley nº 80 se plantea:

“Promover la revitalización de los conocimientos y la práctica de los sistemas de salud tradicional ancestral indígena; reconocer la existencia, el aporte y la importancia de la medicina tradicional ancestral indígena en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades en los pueblos indígenas, rescatar, valorizar, proteger y promover la conservación de las costumbres y tradiciones en el aspecto de salud a través de la medicina tradicional ancestral indígena”.

(Fuente: La Prensa, “La Medicina tradicional se abre paso”, Mayo 2016. [http://www.prensa.com/sociedad/Medicina-tradicional-abre-paso\\_0\\_4477052410.html](http://www.prensa.com/sociedad/Medicina-tradicional-abre-paso_0_4477052410.html).)

El documento también regula aspectos como los derechos de propiedad intelectual de estos conocimientos, la capacitación de los médicos indígenas en los diversos usos que tienen las plantas, así como impulsar la práctica de estas medicinas a través de la creación de un grupo de médicos tradicionales en las comunidades aborígenes.

### ***8.3. La medicina tradicional y las medicinas alternativas y complementarias.***

La problemática de emplear el término tradicional se da generalmente porque lo tradicional esta generalmente situado en un esquema dicotómico que dispone de dos polos: lo tradicional y lo moderno. En este esquema lo tradicional es siempre definido a través de lo moderno, siendo este polo el determinante, el polo del “desarrollo”, “lo nuevo”, “lo innovador”, “lo que cambia”, frente a este polo “lo tradicional” sería prácticamente lo contrario, “lo antiguo”, “lo estable”, “lo que no cambia”.

Todo lo que no es moderno pasaría a ser tradicional. Este esquema tiene varios problemas:

- ✓ La tendencia a homogeneizar abstractamente todos los contextos sin tener en cuenta sus particularidades.
- ✓ El acumular y sintetizar todas las prácticas entendiéndolas como pertenecientes a uno de esos polos.

- ✓ El limitar las prácticas a uno de los polos cuando pueden operar en los dos polos a la vez.
- ✓ El entender esos polos como realidades históricas claramente discernibles y no como construcciones metodológicas.

Otro acercamiento asocia lo tradicional a los discursos y a las prácticas de los definidos como tradicionales. Pero este acercamiento no contempla que hay grupos considerados no tradicionales que reproducen esquemas tradicionales, como por ejemplo el interés que están teniendo este tipo de terapias entre las clases medias urbanas de Occidente. En la actualidad, existe un destacado interés por las medicinas alternativas o tradicionales entre amplios grupos sociales urbanos de las sociedades occidentales (OMS, 2013).

También existen planteamientos políticamente militantes que entienden que lo tradicional es una forma de resistencia a los procesos modernizadores impulsados por el “centro a la periferia” o por élites asociadas con esos centros de poder. Hay otras versiones que entienden “lo tradicional” como una resistencia al cambio.

Hay otros acercamientos a lo tradicional que lo entienden como procesos cuasiestáticos, como si los grupos y las prácticas tradicionales permanecieran estables en el tiempo a pesar de que se desenvuelven en contextos sociales que si son cambiantes.

En definitiva, “lo tradicional” es un concepto que no puede ser precisado teóricamente y que en abstracto puede generar una mirada reduccionista o bien poco operativa para la investigación empírica (Zolla, 1983).

Las condiciones económico-políticas e ideológicas son dinámicas y por lo tanto las formas de prevención y curación también lo son. Estas formas se modifican, se sintetizan, se mezclan, desaparecen, integran nuevos elementos, etc.

Todos los grupos sociales tienen saberes y prácticas curativas, y tienden a aplicar una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades y problemas de salud que padecen. Dichas formas son dinámicas, se transforman, se mezclan con otras prácticas, se modifican y en ocasiones desaparecen.

Estas prácticas, creencias y saberes no pueden ser definidas a través de elementos exclusivamente tradicionales sino que deben ser entendidas como procesos dinámicos cuyas claves son el padecimiento y las estrategias de acción frente a este, y las consecuencias en la integración socioideológica. Estas prácticas, creencias y saberes están determinadas por el perfil epidemiológico, las condiciones de desarrollo de los servicios privados y públicos, las

condiciones socioeconómicas y las condiciones ideológicas y sociales generales que establecen relaciones y posibilidades diferenciales de apropiación y síntesis.

No solo los grupos subalternos, que en este caso son nuestros grupos de referencia, sino todos los grupos tienen unidades básicas (como la familia) que procesan acciones necesarias para la reproducción del microgrupo y la sociedad, convirtiendo estas prácticas en el primer nivel de atención, siendo el segundo nivel el de los médicos (científicos o tradicionales).

En el primer nivel de atención además de la eficacia curativa, está presente la cohesión y la continuidad de construcciones sociales básicas para el grupo. En este sentido en el primer nivel de atención son cruciales factores psicosociales como la confianza.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013): "La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales."

En cuanto a la medicina alternativa complementaria, según la OMS (2013), los términos de "medicina complementaria" y de "medicina alternativa", se utilizan indistintamente o de forma conjunta, como se hace en la medicina alternativa complementaria (MAC). La finalidad de estas medicinas no es ser un sustituto de la medicina científica sino complementarla y ofrecer otras soluciones curativas eficaces.

En algunos países no se diferencia las medicinas alternativas de la medicina tradicional. Según la OMS, que si las diferencia, la medicina alternativa complementaria (MAC) hace referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

El término 'medicina alternativa' se utiliza para describir terapias que no se incluyen en el aprendizaje de la medicina convencional, como la acupuntura, el masaje terapéutico y las plantas medicinales. Las personas suelen considerar este tipo de terapias como ajenas a la medicina establecida.

Los pacientes de los países occidentales se están volviendo cada vez más receptivos a probar las medicinas alternativas, y han empezado a buscarlas, esto supone la emergencia de un mercado de servicios y de productos que abre la posibilidad de comercializar los servicios de los prescriptores tradicionales de salud más allá de su contexto inmediato. Como consecuencia de este interés y de este mercado emergente, muchas escuelas de medicina occidental están empezando a enseñar estas técnicas y teorías médicas. Algunos hospitales y médicos están

comenzando a complementar la medicina convencional con estas medicinas alternativas. Lo que tiene como resultado que la MAC tienda a profesionalizarse y a estar integrada en el sistema público formal de salud en Occidente y en otros países. En el contexto internacional estas medicinas cuentan con una destacada expansión y aceptación (Cornejo y Blázquez, 2013) incluso por parte de algunos integrantes del sector médico, aunque generan desinterés y rechazo en amplios sectores de las instituciones médicas.

Según la OMS (2013), la medicina tradicional abarca productos, prácticas y profesionales culturalmente adaptados, y comprende tratamientos que son asequibles y accesibles para las poblaciones autóctonas. La Organización Mundial de la Salud diseña estrategias específicas dirigidas al fortalecimiento y crecimiento de la medicina tradicional complementaria (MTC):

- ✓ Facilitar la integración de la MTC en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector;
- ✓ Elaborar directrices sobre MTC por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales;
- ✓ Alentar la investigación estratégica en materia de MTC (Medicina Tradicional Complementaria), para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia;
- ✓ Abogar por el uso racional de la MTC (Medicina Tradicional Complementaria) mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas; y
- ✓ Difundir información sobre MTC (Medicina Tradicional Complementaria), actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información.

Según la OMS la utilización de la MTC es cada vez mayor y más generalizada, dando una creciente importancia económica a estas prácticas médicas. La MTC se está caracterizando por su carácter global, dándose una progresiva integración en los sistemas de salud y aumentando el conocimiento y la investigación de estas medicinas.

Aunque la complementariedad de estas prácticas está adquiriendo cierta popularidad, esta sigue estando subordinada por el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990). La biomedicina mantiene su posición dominante frente a las medicinas alternativas que en muchas ocasiones son sojuzgadas por el modelo hegemónico.

Por parte de las autoridades sanitarias panameñas la medicina tradicional se define como “el conjunto de conocimientos, tecnologías y sanadores, fundamentados en la sabiduría ancestral y colectiva, organizados sobre la particular cosmovisión del mundo, legitimados por sus propios pueblos. Sus prácticas diagnósticas, de tratamiento de las enfermedades, de

promoción, prevención y recuperación de la salud, se desenvuelven en un marco interrelacionado de elementos naturales, éticos, espirituales y cósmicos, en un tiempo y espacio sacralizados” (MINSA, 2007).

Así lo tradicional se suele vincular con lo ancestral, lo complementario con las prácticas médicas que pueden ser conjugadas en la medicina formal, y lo alternativo con lo diferente (pero legítimo) a la medicina convencional. Todas estas definiciones encuentran múltiples mezclas en la práctica por lo que los límites conceptuales y las clasificaciones son continuamente desbordados.

#### ***8.4. Situación de la medicina tradicional en Latinoamérica.***

En Latinoamérica cuando se habla de medicina tradicional se entiende que se está hablando de medicina tradicional indígena, ya que este tipo de saberes y prácticas estaban presentes en América antes de la colonización (etapa precolombina) por lo tanto se entienden como saberes ancestrales, originarios y autóctonos.

En la actualidad la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece:

- i. Que las personas indígenas tienen derecho al acceso y la atención de salud sin discriminación.
- ii. Que tienen derecho al más alto nivel de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad.
- iii. Que los pueblos indígenas tienen el derecho a promover, desarrollar y mantener sus propias instituciones, lo que implica que los Estados no solo deben tomar medidas para asegurar la salud a las personas indígenas, sino también el derecho colectivo de dichos pueblos para promover y fortalecer sus sistemas de medicina tradicional.
- iv. Específica el derecho de los pueblos indígenas a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluyendo la conservación de sus plantas, animales y minerales medicinales, así como los espacios territoriales de interés vital en la salud, enfermedad y sanación, lo que genera un vínculo indisoluble con los derechos territoriales.
- v. Y el derecho a la participación política remite a la participación efectiva en el diseño y control social (recursos) de las políticas y programas de salud que les afectan (Naciones Unidas, 2007).

A nivel del continente americano es importante destacar “la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas”, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proyecto plantea los siguientes principios (OPS-OMS, 1993):



- 1) La necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud.
- 2) El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.
- 3) El derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.
- 4) El respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- 5) La reciprocidad en las relaciones de diversos actores.

En este marco, diferentes tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas han formulado numerosas observaciones sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en la región, expresando su preocupación por los niveles de morbilidad más desfavorables, que evidencia su situación de especial vulnerabilidad. En particular, han señalado la mortalidad materno-infantil, el embarazo no deseado y los abusos sexuales derivados de la violencia estructural; la incidencia de enfermedades crónicas producto de la contaminación ambiental y las industrias extractivas; los problemas de salud mental que afectan sobre todo a jóvenes, como así también la falta de acceso y de adecuación cultural de los servicios de salud. Asimismo, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas ha puesto particular atención a la situación de salud de los pueblos indígenas, este organismo elaboró un amplio conjunto de recomendaciones que aún no han sido aplicadas en su totalidad.

Las agencias miembros del Sistema de Naciones Unidas han prestado sistemático apoyo a los países latinoamericanos para efectuar acciones tendientes a cerrar las brechas de aplicación del derecho a la salud. La discriminación estructural que afecta a los pueblos indígenas, junto con el empobrecimiento derivado del despojo sistemático de sus territorios y la pérdida de las formas de vida tradicionales, los obstáculos para la participación política y el racismo institucionalizado, ejercen un fuerte impacto negativo sobre la salud de los pueblos y personas indígenas. A pesar que la información aún es insuficiente y fragmentaria, esta permite constatar que el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas destaca por su carácter polarizado y prolongado, donde se superponen distintas etapas de la transición epidemiológica con la persistencia de altas tasas de incidencia y mortalidad debido a enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, junto a enfermedades no transmisibles, como la diabetes asociada a la malnutrición y obesidad.

Los estados latinoamericanos han desarrollado iniciativas tendientes al reconocimiento del derecho a la salud de los pueblos indígenas como colectivos diferenciados. Es de gran relevancia que las constituciones de Bolivia (2009) y Ecuador (2008) dan al reconocimiento del 'buen vivir', el *suma qamaña* en el caso de los aymara en Bolivia, o el *sumak kawsay* en el caso de los quechuas en Ecuador. El 'buen vivir', en términos generales, es una forma holística de armonía entre el ser humano, la comunidad y la naturaleza, este concepto se ha generalizado en todos los pueblos amerindios.

En Nicaragua se reconoce el derecho de autonomía de los pueblos indígenas y las comunidades étnicas en el Caribe, conformando regiones autónomas, que tienen entre sus competencias la administración de la salud, asegurando la articulación de la medicina convencional con la medicina tradicional indígena.

En la práctica, 17 países de Latinoamérica tienen alguna institucionalidad estatal con el mandato específico de gestionar la salud intercultural. Tales instancias son viceministerios, direcciones nacionales, programas de salud intercultural de ministerios de salud, comisiones nacionales de asuntos indígenas y comisiones regionales de salud en regiones autónomas, observándose heterogeneidad en las jerarquías institucionales y en la disponibilidad de recursos.

La gran mayoría de los países del continente han desarrollado legislaciones que presentan diferentes enfoques, énfasis y particularidades que van desde el reconocimiento del derecho a la salud como un bien individual mencionando a los pueblos indígenas como grupos prioritarios hasta otras que reconocen y promueven los derechos colectivos y las medicinas tradicionales, como sucede en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia. Los pueblos indígenas están elaborando propuestas concretas, como la creación de un programa regional de salud propio, que respete los idiomas indígenas, las visiones y los conocimientos de cada pueblo, dando protagonismo a sus 'sabios' y a la construcción de planes de vida y al 'buen vivir' de cada pueblo. Estos planes incluyen de manera integral los asuntos de salud junto con el territorio, la educación y la cultura, la economía y la producción, el desarrollo institucional, la organización y la resolución de conflictos.

Es destacable el caso de los *kallawayas* y sus prácticas medicinales, declaradas en 2003 por la UNESCO<sup>28</sup> patrimonio intangible de la humanidad (oficialmente inscrito en 2008). Los *kallawayas* residen en los andes bolivianos, en la región de Bautista Saavedra. Los médicos tradicionales *kallawayas* se caracterizan por su itinerancia, teniendo como residencia una región que dispone de un hospital intercultural, lugares sagrados y baños termales que año tras año reciben visitantes en busca de soluciones curativas o mejoras en su salud. Pero la medicina *kallawayas* se ve afectada por la desaparición de algunos de sus tratamientos, la insuficiente protección jurídica frente a la acción de la industria farmacológica (UNESCO, 2014). Por la explotación, manipulación y comercialización internacional que ejerce esta industria, privatizando el patrimonio intelectual y los recursos biológicos de los indígenas sin que esto redunde en una mejora de las condiciones de vida de los locales. Este tipo de prácticas se conocen popularmente como 'biopiratería'.

A pesar de los esfuerzos por avanzar en el establecimiento de sistemas de salud interculturales, una de las principales limitaciones para medir el impacto de las diferentes experiencias ha sido la carencia de información estadística con desagregación étnica en los países. Por tanto, no se dispone de información cuantitativa sistemática, o la que se dispone es previa a las acciones, o corresponde a ámbitos locales, de modo que en gran medida las principales valoraciones están basadas en aspectos exclusivamente cualitativos.

---

<sup>28</sup> <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=es&pg=00011&RL=00048>. Consultado el 15/06/2016.

Desde la perspectiva de los servicios médicos tradicionales las dificultades de la articulación con la medicina occidental están planteadas por sus necesidades de legitimación social y técnica, y por tratar de disminuir o eliminar el rechazo del saber biomédico hacia los mismos. Más allá de las leyes o de los códigos sanitarios, el aparato médico sanitario desarrolla propuestas que oscilan entre la aceptación subordinada y la negación de los curadores tradicionales.

En América Latina la pervivencia de las formas tradicionales de curación debe ir acompañada de una mejora sustantiva de las condiciones de vida de los grupos indígenas latinoamericanos. La autonomía cultural no debe desvincularse de los procesos económico-políticos, se debe desarrollar una alternativa que no escinda economía y cultura, y que asegure, simultáneamente, la reproducción sociocultural y biológica de los grupos indígenas.

Pero a pesar la situación de grave discriminación que sufren las medicinas tradicionales indígenas, estas perviven por una serie de razones:

- ✓ Por la voluntad política de pueblos originarios que vamos a denominar como 'cultura de resistencia'.
- ✓ Por las graves deficiencias del sistema público de salud en territorios indígenas y por la incapacidad de atender a todos los beneficiarios, esto último hace imprescindible a los saberes curativos tradicionales.
- ✓ Y por último, por la capacidad de las formas ancestrales de curación de atender a las necesidades sociosanitarias de los pueblos indígenas dando respuestas culturalmente adaptadas.

A continuación vamos a detenernos en los factores que posibilitan la pervivencia de la medicina tradicional.

#### *a. Cultura de resistencia.*

Existe un consenso muy generalizado entre autores de diferentes tendencias y organismos públicos internacionales o nacionales, que sin la determinación de los pueblos indígenas por la conservación de la medicina tradicional, esta hubiera desaparecido o habría sido asimilada hace décadas.

En el caso latinoamericano, una narrativa que ha tenido protagonismo en los pueblos originarios ha sido el relato de 'los 500 años de resistencia frente a la colonización europea'. Cabe destacar que en muchos países latinoamericanos, de forma oficial en unos como Venezuela, o en otros de forma no oficial, lo que en España es 'el día de la hispanidad', el 12 de octubre (celebración que durante el franquismo tomaba el nombre del día de la raza) es 'el

día de la resistencia indígena'. Esa celebración tiene como finalidad recordar el 12 de octubre de 1492, fecha en que la expedición dirigida por Cristóbal Colón toma tierra por primera vez en América, en la isla Guananí en el archipiélago de las Bahamas. El 12 de octubre se entiende como el comienzo de un proceso socioideológico de dominación, de colonización, en contraste con la idea del descubrimiento.

Este tipo de narrativas conectan con las teorías poscoloniales, o los actuales desarrollos del pensamiento descolonial o decolonial. Las teorías poscoloniales analizan el legado de la colonización británica y francesa durante el siglo XIX, o de la colonización española y portuguesa desde el siglo XVI hasta el XIX. Estos planteamientos se centran, entre otros factores, en la influencia del conocimiento de los colonizadores en los colonizados, en la potente hegemonía de los colonizadores en los colonizados, los modos en que el conocimiento de los países colonizadores ha contribuido a establecer una determinada subjetividad en los colonizados (la perpetuación de las imágenes de los colonizados como seres inferiores), pero también el modo en que ese conocimiento ha generado revueltas o respuestas anticoloniales.

En el caso del pensamiento decolonial a diferencia del pensamiento postcolonial se pone un especial énfasis en reivindicar las voces hasta hoy excluidas, y en su consecuente acción en la reclamación de su visión del mundo, de su vida, de su historia. Esta decolonización tendría el sentido de la desvinculación conceptual más que la resistencia, la decolonización del conocimiento y la decolonización del ser, tomando la forma y el contenido de epistemologías del sur (De Souza, 2010).

Entre algunos autores del poscolonialismo y del descolonialismo (o decolonialismo) cabe destacar: Homi K. Bhabha, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Walter Dignolo, Enrique Dussel, Anibal Quijano, Edward Said, Gayatri Spivak, Boaventura de Souza Santos, Silvia Rivera Cusiquanqui, entre otros muchos.

#### *b. Insuficiencias y falta de cobertura del sector público de salud.*

En territorios indígenas latinoamericanos no existen insuficientes infraestructuras de salud y es escasa la presencia de personal sanitario. Desde la OPS/OMS (2013) se señala las graves insuficiencias y la falta de cobertura del sistema formal de salud como un gran déficit en el caso de las áreas indígenas latinoamericanas.

En el caso panameño se constata la insuficiente presencia de infraestructuras de salud en la Comarca como un factor determinante que genera una gran distancia (a veces insalvable) entre los pacientes y los centros de salud.

En las comarcas indígenas panameñas el acceso al agua y al saneamiento es del 41% en la Comarca Emberá Wounaan, del 77% en el caso de la Comarca Guna Yala, mientras que en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé es del 28%, según datos del último censo. En la República Panameña el acceso al agua y al saneamiento llega al 92,9%.

Es importante detenernos en los promedios nacionales de mortalidad en menores de 5 años. En el caso panameño existen disparidades entre comarcas indígenas y el resto del país, ya que según los últimos datos del MINSA, mientras en once provincias y regiones de salud se reflejan tasas inferiores a 20,2 por 1,000 nacidos vivos (año 2011), en la Comarca Ngäbe Buglé se registran 32,65 muertes de menores de cinco años por mil nacidos vivos. La mortalidad materna en la Comarca Ngäbe Buglé es tres veces superior a la media nacional.

Panamá se encuentra en proceso de transición epidemiológica, de enfermedades infecciosas a enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc), salvo en las comarcas de Ngäbe Bugle y Guna Yala en las cuales las enfermedades no transmisibles no se registran entre las cinco principales causas de mortalidad.

En las áreas indígenas panameñas, el personal de salud sigue siendo escaso. En los últimos diez años ha presentado una densidad de médicos y enfermeras para la comarca Ngäbe Buglé de 0,8, 1,8, y 2,6 para los años 2001, 2006 y 2011, respectivamente, y para la comarca de Guna Yala, de 10,9 del 2001 se pasó al 13,0 en 2011, y para la Región de Salud de Darién (aérea con varias comarcas) del 13,6 al 12,2 para los años 2001 y 2011, respectivamente, lo que representa una densidad muy baja con relación a lo recomendado por la OPS/OMS.

Se podría hablar de una crisis del sistema formal de salud por la situación sociosanitaria de las comarcas indígenas. En este contexto es fundamental el rol de los sanadores tradicionales para atender a las graves deficiencias no resueltas por el sector formal sanitario.

### *c. Adaptabilidad de la MT*

La medicina tradicional se utiliza en gran parte del mundo y es reconocida por diversos motivos. En la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los Países de Asia Sudoriental, celebrada en febrero de 2013, la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, declaró que “las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud”.

Para muchos millones de personas, a base de hierbas, los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única. Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchísimas personas. La asequibilidad de

la mayor parte de las medicinas tradicionales las hace más atractivas en el contexto del vertiginoso encarecimiento de la atención de salud y de la austeridad casi universal. La medicina tradicional se destaca también como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas.

En definitiva la medicina tradicional es capaz de atender y aportar alternativas al complejo y cambiante panorama epidemiológico, asistiendo a las comunidades con soluciones que dan respuestas curativas y socioculturales a la enfermedad.

### ***8.5. La medicina tradicional indígena y los sistemas de salud en las sociedades indígenas en América Latina.***

Cuando se analizan los sistemas médicos en Latinoamérica generalmente se habla de la existencia de dos grandes sistemas que representan tradiciones diferenciadas. Estos son el sistema médico occidental y el sistema médico tradicional también llamado 'étnico' o 'aborigen'. Las ciencias sociales y en especial la Antropología se han interesado más por el segundo y por sus interacciones con el primero, es decir los sistemas de salud no occidentales y sus interacciones con el sistema de salud occidental.

En América Latina en el ámbito de las ciencias sociales y en particular en la Antropología se ha llegado a un consenso en relación a la necesidad de relativizar las concepciones universalistas en torno a lo que es salud y enfermedad. En este sentido cabe destacar la síntesis de Aguirre Beltrán (1986), los trabajos de Roberto Campos (2001) sobre la relación entre la medicina formal e informal española con la amerindia o el revelador ensayo de Cosmas (1959) donde analiza como el valor y la eficacia de la medicina aborigen prehispánica. Esta medicina fue tan reconocida por los conquistadores y médicos europeos que llegó a influir fuertemente a la terapia y la farmacología hipocrática del siglo XVI (Cosmas, 1959).

Pero la perspectiva dominante (no antropológica) en Latinoamérica ha entronizado la medicina científica no reconociendo "los sistemas etiológicos y terapéuticos periféricos" (López García, 2006). Desde sociedades amerindias es central el entender que la salud, el bienestar físico y psíquico del individuo tiene mucho que ver con el comportamiento social y moral. Así la antropología americanista ha contribuido de manera destacada a asentar la proposición de que los cuerpos de los enfermos no son solo entidades biológicas sino también culturales. Todo sistema de aflicciones tiene un sistema terapéutico aparejado.

A nivel "sistemas médicos" (Menéndez, 1994), el diálogo entre diferentes concepciones de salud raramente se da y los resultados son una gran problemática en términos de salud-enfermedad-atención y de graves fallas en la solución de las dolencias que desconoce el sistema o de las nuevas dolencias que genera el mestizaje. En cambio los pacientes si dialogan

con estos sistemas y negocian con todos los recursos de salud disponibles iniciando en el caso de la enfermedad la llamada “carrera del enfermo” (Menéndez, 1986) que tiene una finalidad pragmática para resolver sus dolencias. La carrera del enfermo consiste en buscar (y después encontrar) la curación, el alivio al malestar, la disminución de la angustia y la preocupación, independientemente de las variables sociales, culturales, económicas y hasta políticas.

La OMS, en este sentido, recomienda la necesidad de “utilizar todo el potencial de que disponen los países del tercer mundo, incluyendo curandero, hechiceros y herboristas” (Perrin, 1986).

Desde la Antropología Médica se señala que es especialmente pertinente analizar los conflictos entre sistemas médicos y sus posibilidades de negociación y diálogo.

La enfermedad y los daños en salud constituyen uno de los hechos más frecuentes, recurrentes, y continuos que afectan cotidianamente a los individuos. Estas problemáticas son parte de un proceso social en el cual se establecen procesos de subjetivación, es decir la población, los pacientes, generan sus propias construcciones sobre la salud.

La respuesta a la enfermedad es una parte necesaria en la producción y la reproducción de cualquier sociedad. Las respuestas a la enfermedad forman representaciones y prácticas para hacer frente, convivir y solucionar, en la medida de lo posible, los padecimientos y la enfermedad. Pero la enfermedad y la muerte no solo se definen a través de profesionales o de instituciones específicas y especializadas, ya que son hechos sociales frente a los cuales los diferentes grupos sociales necesitan articular acciones, técnicas e ideologías que se pueden organizar profesionalmente o no.

Unido a lo señalado, los padecimientos son hechos cotidianos y recurrentes que pueden ser presentados y representados como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario. Los grupos sociales necesitan construir significados sociales respecto de esos padecimientos.

El proceso salud/enfermedad/curación (Menéndez, 1994) es una de las áreas de la vida colectiva donde se organizan mayor número de simbolizaciones y representaciones, tanto en las sociedades contemporáneas como en las ancestrales.

En consecuencia, la enfermedad condensa uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos. Estos significados son muy relevantes para entender el uso de los servicios de salud, sean tradicionales o biomédicos.

El proceso salud/enfermedad/atención constituye un proceso histórico en el cual se construyen las causas de las enfermedades, sus formas de atención y sus significados. Este proceso está caracterizado por las relaciones de hegemonía y subalternidad entre los diferentes sectores sociales. El proceso de salud/enfermedad/atención genera prácticas y representaciones para intervenir frente a la enfermedad.

En algunas sociedades, producto de factores económico-políticos y tecno-científicos se han desarrollado sistemas académicos y científicos de explicación y acción sobre la enfermedad. Estos sistemas se han erigido como sistemas culturales hegemónicos, y aunque no han eliminado todas las prácticas y representaciones existentes, si las han modificado y las han subordinado.

Todas las sociedades necesitan producir estrategias técnicas y socioideológicas respecto de la enfermedad. Una de estas estrategias son los curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para la atención, los prescriptores de salud. La medicina científica es una de las formas institucionalizadas de atención a la enfermedad y que ha sido identificada como la forma más correcta y eficaz de atender a la enfermedad. Pero tanto la medicina científica como otras formas academizadas (quiropaxis, homeopatía, etc) o populares (botánica empírica, espiritualismo, etc) tratan de dar a la enfermedad un carácter institucional. Es decir instituyen una forma de pensamiento sobre los enfermos y la enfermedad (López García, 2006).

Además en todas las sociedades han reconocido algunas de las enfermedades como fenómenos que adquieren un estatus colectivo frente a las cuales se deben tomar soluciones colectivas, en las cuales la representación de la enfermedad constituye un factor muy importante. Este hecho se puede ejemplificar con el SIDA en la sociedades occidentales y las diferentes representaciones que se hicieron de esta enfermedad en la década de los noventa (Menéndez, 1994).

Todos los curadores, organizados o no corporativamente, generan actividades que se socializan y culturizan, dado que su saber se vuelca sobre los sujetos y grupos sociales que no solo producen o reproducen significados técnicos a sus problemas de salud sino que dan respuestas subjetivas y sociales. Estas respuestas tienen un carácter técnico y social.

En las diferentes sociedades alrededor de las enfermedades se han construido formas de control social e ideológico a partir de tres procesos:

1. La existencia de enfermedades que tienen significaciones negativas.
2. Por medio del desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y controlados.



3. Por la creación de instituciones que se hacen cargo de esas significaciones y de esos controles tanto desde una perspectiva técnica como socioideológica.

Estos procesos se pueden encontrar en una gran diversidad de sociedades y contextos históricos. En todas las sociedades las instituciones médicas contienen una racionalidad que no es exclusivamente técnica sino que también es sociocultural. Esta última racionalidad contiene representaciones y prácticas en las cuales están presentes contenidos sociales y culturales contruidos por la relación de las instituciones médicas con los sujetos enfermos y la comunidad. Este hecho está presente tanto en la medicina científica como en la tradicional.

La presente tesis doctoral no pone en cuestión la eficacia de la tecno-ciencia médica, ni siquiera pretende profundizar en la procedencia de saberes o conocimientos, sino que pretende visibilizar el carácter dinámico y relacional de las representaciones y prácticas que contiene todo saber y conocimiento humano, en este caso los saberes tradicionales curativos indígenas.

Estas prácticas y representaciones están atravesadas por valores y contenidos sociales y culturales que manejan los sujetos y los grupos sociales. Estas prácticas y representaciones se sintetizan, se mezclan, se dejan de utilizar o se recuperan de forma estratégica, dinámica e ideológica, con contenidos y formas de curación que tratan de ser eficaces frente a las dolencias y a las amenazas a la salud.

## 8.6. *El buen vivir*

En las últimas décadas desde los pueblos originarios de Latinoamérica se ha propuesto un planteamiento alternativo al del `desarrollo`, el buen vivir o *sumak kawsay*, en lengua de los quichua, o el vivir bien o *suma qamaña*, en lengua de los aymara.

Este planteamiento no entiende a los bienes materiales como los factores determinantes, y se diferencia de ciertas concepciones unidireccionales del desarrollo, que suponen la existencia de una concepción lineal y necesaria de un estado de subdesarrollo (de pobreza) al desarrollo (riqueza). Desde este planteamiento se ha propuesto como alternativa política, cultural y económica al 'buen vivir' como expresión del conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro, entre otros factores.

El buen vivir interpela a las concepciones económicas que han puesto en peligro el equilibrio social y ambiental, basándose en concepciones ancestrales indígenas. Este planteamiento es una respuesta al modelo de desarrollo, y en pocos años se ha vuelto en un referente a nivel latinoamericano.

El buen vivir ha quedado reflejado y reconocido en las nuevas Constituciones políticas de Ecuador (2008) y de Bolivia (2009), en una apuesta por transformar dichos estados en interculturales, proponiendo el buen vivir como una alternativa para la sociedad en su conjunto. El buen vivir o *sumak kawsay* de Ecuador, o el vivir bien o *suma qamaña* de Bolivia, es entendido desde la visión indígena como vivir en comunidad, hermandad y especialmente en complementariedad. Es una vida comunal, armónica y autosuficiente. Vivir bien significa complementarnos y compartir sin competir, vivir en armonía entre las personas y la naturaleza (Huanacuni, 2010). El principio *Sumak Kawsay* significa vivir en armonía en sociedad, es decir entre todos los miembros del *ayllu* (comunidad). Vivir en armonía con la naturaleza, con los dioses, y los espíritus protectores de las vidas existentes en la tierra, los bosques, los ríos y lagunas.

*Sumak kawsay* significa disponer de una tierra y un territorio sano y fértil, cultivar lo necesario y de forma diversificada, preservar, cuidar y mantener limpios los ríos, los bosques, las montañas. Tener un territorio administrado colectivamente, una educación en base a valores propios, también implica regirse por un código de ética, de reconocimiento y de respeto a los derechos de los demás, además implica decidir de manera colectiva las prioridades de cada pueblo o comunidad.

*El sumak Kawsay*, es un concepto y práctica fundamental en la vida del sistema comunitario. Es una forma de pensar que se constituye en el pilar fundamental del proceso de construcción social del sistema comunitario.

El *suma qamaña* (vivir y convivir bien) es el ideal buscado por el hombre y la mujer andina, traducido como la plenitud de la vida, el bienestar social, económico y político de los pueblos.

Además del *suma qamaña* o el *sumak kawsay* existen diferentes concepciones en los pueblos originarios latinoamericanos que encajan en el planteamiento del buen vivir, a continuación vamos a presentar algunos ejemplos:

- El 'vivir bien' para el pueblo Kolla de Argentina, comparte los principios de vida en armonía y comunidad con las otras concepciones de buen vivir. El vivir en comunidad bajo los principios de armonía y equilibrio, crecer con la naturaleza y no en contra de ella. "El ser humano es tierra que anda" (Huanacuni, 2010).
- El *Balu Wala* (Buen Vivir) del pueblo guna de Panamá y de Colombia, es el eje filosófico del pensamiento y actuación individual y colectiva de los pueblos indígenas, implica una relación indisoluble e interdependiente entre el universo, la naturaleza y la humanidad, donde se configura una base ética y moral favorable al medio ambiente, al desarrollo de la sociedad. *Balu Wala* significa 'árbol de sal', y se refiere a la preparación de una nueva relación entre la 'Madre Tierra' y el ser humano, establece relaciones políticas, económicas, sociales, con respeto y equidad, y fortalece sistemas de organización dirigidos a la producción comunitaria en el marco del modelo de economía indígena para mejorar la calidad de vida (Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá, COONAPIP, 1999).
- Para el pueblo Tseltal o Tzeltal de Chiapas (México) el *Lekil Kuxlejal*, es la vida buena, que ya existió, y por eso no es una utopía, sino un concepto que a pesar de haberse degenerado, puede recuperarse. Su aplicación esta en el fundamento moral de la vida cotidiana, e incluye antes de todo, la paz, tanto interna de cada persona, como de la comunidad. Cuando la paz está presente en el mundo, la vida es perfección.
- Para los pueblos indígenas de la Amazonía (Brasil, Perú y Colombia) volver a la *maloca* (casa indígena) es retornar hacia nosotros mismos, es valorar aun más el saber ancestral, la relación armoniosa con el medio. Es sentir el placer en la danza que enlaza el cuerpo y el espíritu, es proteger la sabiduría y los sitios sagrados. Es sentir que la *maloca* está presente en cada 'hijo del sol, del viento, de las aguas, de las rocas, de los árboles, de las estrellas y del universo'. No un ser individual sino colectivo. Volver a la *maloca* es buscar y rescatar las enseñanzas de los ancestros, aprovechar lo que el mundo occidental ofrece sin abandonar valores y prácticas sociales y culturales propias. Volver a la *Maloca* es constatar que a pesar de todos los cambios, lo ancestral sigue vigente en los pueblos originarios, incluso en el ámbito urbano.

- *Kyme Mogen*, para el pueblo mapuche (Chile y Argentina) se concibe como una relación permanente con la naturaleza, en armonía y equilibrio con la 'Madre Tierra', 'vivir sin violencia', 'vivir con afecto y empatía'.

Siendo importantes todas estas concepciones el *samak kaway* y el *suma qamaña* son los modelos protagonistas del planteamiento del buen vivir gracias a la su presencia central en las nuevas Constituciones Políticas (CP) de Ecuador y Bolivia. Estas CP fueron fruto de procesos constituyentes en los cuales los pueblos indígenas tuvieron un rol destacado. Se cuestionó el concepto de 'Estado-nación' al reconocer la diversidad de pueblos y naciones presentes en los estados, definiendo a los estados como plurinacionales y proponiendo la interculturalidad como forma de relación entre los pueblos y las naciones. En ambas constituciones se reconoce los derechos de la 'madre naturaleza', la *Pachamama*.

En el artículo 275 de la Constitución Política de Ecuador se manifiesta que:

"El buen vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades y de la convivencia armónica con la naturaleza".

Además de la presencia del *sumak kawsay* y del *suma qamaña* en las Constituciones Políticas también están presentes en planes de desarrollo en Bolivia y Ecuador. *Plan sectorial de desarrollo 2010-2020. Hacia la salud universal* en el caso boliviano y el *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017* en el caso ecuatoriano.

Pero existen proyectos en territorios indígenas, como el TIPNIS en Bolivia y las explotaciones petrolíferas en el parque nacional ecuatoriano del Yasuni, en los cuales se pretende implementar proyectos de desarrollo que 'agreden a la Madre Tierra' y no respetan la voluntad de la población aborigen de esos lugares, incumpliendo el mandato del 'buen vivir'. Estos conflictos ponen en evidencia contradicciones de los Estados entre sus ordenamientos jurídicos, sus políticas indigenistas y la priorización de un modelo de desarrollo extractivo y productivo.

En muchos aspectos queda pendiente saber cómo se llevará a la práctica muchos de los postulados del *sumak kawsay* y del *suma qamaña*, pero en cualquier caso suponen un gran cambio a nivel simbólico para todo el continente latinoamericano, y no solo para los estados bolivianos y ecuatorianos. Pero sobretodo supone una ética alternativa para los seres humanos, para las diferentes culturas y para relación del hombre con la naturaleza, abandonando el antropocentrismo, y buscando el equilibrio y la armonía como principales claves de la vida. En este sentido desde la presente investigación se adopta la definición del buen vivir que busca los denominadores comunes presentes en las diferentes concepciones indígenas y su diálogo con el pensamiento crítico, esta es una definición abierta y en proceso de construcción.

Como ejemplo de la ética del 'buen vivir', podemos destacar los 25 principios del 'vivir bien' expuestos por el canciller (ministro de asuntos exteriores) del Estado Plurinacional de Bolivia, David Choquehuanca, que priorizan la vida y la naturaleza (Choquehuanca, 2010):

1. 'Priorizar la vida'. Vivir Bien es buscar la vida en comunidad, donde todos los integrantes se preocupan por todos. Lo más importante no es el ser humano (como plantea el socialismo) ni el dinero (como postula el capitalismo), sino la vida. Se pretende buscar una vida más sencilla. El 'camino' es la armonía con la naturaleza y la vida, con el objetivo de salvar el planeta y dar prioridad a la humanidad.
2. 'Llegar a acuerdos en consenso'. Vivir Bien es buscar el consenso entre todos, lo que implica que aunque las personas tengan diferencias, al momento de dialogar se llegue a un punto neutral en el que todas coincidan y no se provoquen conflictos.
3. 'Respetar las diferencias'. Vivir Bien es respetar al otro, saber escuchar a todo el que desee hablar, sin discriminación o algún tipo de sometimiento. No se postula la tolerancia, sino el respeto, ya que aunque cada cultura o región tiene una forma diferente de pensar, para vivir bien y en armonía es necesario respetar esas diferencias. Esta doctrina incluye a todos los seres que habitan el planeta, como los animales y las plantas.
4. 'Vivir en complementariedad'. Vivir Bien es priorizar la complementariedad, que postula que todos los seres que viven en el planeta se complementan unos con otros. En las comunidades, el niño se complementa con el abuelo, el hombre con la mujer, etc. Por ejemplo, el hombre no debe matar a las plantas, porque ellas complementan su existencia y ayudan a que aquél sobreviva.
5. 'Equilibrio con la naturaleza'. Vivir Bien es llevar una vida de equilibrio con todos los seres dentro de una comunidad. Al igual que a la democracia, a la justicia también se la considera excluyente, porque sólo toma en cuenta a las personas dentro de una comunidad y no a lo que es más importante: la vida y la armonía del hombre con la naturaleza. Es por eso que el Vivir Bien aspira a tener una sociedad con equidad y sin exclusión.
6. 'Defender la identidad'. Vivir Bien es valorar y recuperar la identidad. Dentro del nuevo 'modelo', la identidad de los pueblos es mucho más importante que la dignidad. La identidad implica disfrutar plenamente una vida basada en valores que se han resistido por más de 500 años (desde la conquista española) y que han sido un legado de las familias y comunidades que vivieron en armonía con la naturaleza y el cosmos.
7. 'Aceptar las diferencias'. Vivir Bien es respetar las semejanzas y diferencias entre los seres que viven en el mismo planeta. Va más allá del concepto de la diversidad. No hay unidad en la diversidad, sino es semejanza y diferencia, porque cuando se habla de diversidad sólo habla de las personas. Este planteamiento se traduce en que los seres semejantes o diferentes jamás deben lastimarse.
8. 'Priorizar derechos cósmicos'. Vivir Bien es dar prioridad a los 'derechos cósmicos' antes que a los Derechos Humanos. Cuando hablamos de cambio climático, también

nos referimos a los derechos cósmicos, porque es más importante hablar sobre los derechos de la madre tierra que hablar sobre los derechos humanos, un planteamiento biocéntrico.

9. 'Saber comer'. Vivir Bien es saber alimentarse, saber combinar las comidas adecuadas a partir de las estaciones del año (alimentos según la época). Regirse en base a la práctica de los ancestros que se alimentaban con un determinado producto durante toda una estación, alimentarse bien garantiza la salud.
10. 'Saber beber'. Vivir Bien es saber beber alcohol con moderación. En las comunidades indígenas cada fiesta tiene un significado y el alcohol está presente en la celebración, pero se debe consumir sin exagerar o sin lastimar a nadie. Hay que saber beber, en las comunidades indígenas existían verdaderas fiestas que estaban relacionadas con las épocas estacionales. No es ir a una cantina y 'envenenarnos' con cerveza y matar las 'neuronas'.
11. 'Saber danzar'. Vivir Bien es saber danzar, no simplemente saber bailar. La danza se relaciona con algunos hechos concretos como la cosecha o la siembra. Las comunidades continúan honrando con danza y música a la *Pachamama*, principalmente en épocas agrícolas. Sin embargo, en las ciudades las danzas originarias son consideradas como expresiones folclóricas. En la nueva doctrina se renovará el verdadero significado del danzar.
12. 'Saber trabajar'. Vivir Bien es considerar el trabajo como fiesta. El trabajo para nosotros es felicidad, a diferencia del capitalismo donde se paga por trabajar, en el pensamiento ancestral se considera el trabajo como una fiesta. Es una forma de crecimiento, por eso en las culturas indígenas se trabaja desde pequeños.
13. 'Reincorporar la agricultura'. Vivir Bien es reincorporar la agricultura a las comunidades. Recuperar las formas de vivencia en comunidad, como el trabajo de la tierra, cultivando productos para cubrir las necesidades básicas para la subsistencia y para que se generen economías locales.
14. 'Saber comunicarse'. Vivir Bien es saber comunicarse. El diálogo es el resultado de esta buena comunicación. Se propone una comunicación similar a la de los ancestros andinos, resolver los problemas sin que se presenten conflictos.
15. 'El vivir bien no es vivir mejor como plantea el capitalismo'. Entre los preceptos que establece el nuevo modelo del Estado Plurinacional, figuran el control social, la reciprocidad y el respeto a la mujer y al anciano.
16. 'Control social'. Vivir Bien es realizar un control obligatorio entre los habitantes de una comunidad. En los tiempos ancestrales, todos se encargaban de controlar las funciones que realizaban sus principales autoridades, corresponsabilidad.
17. 'Trabajar en reciprocidad'. Vivir Bien es retomar la reciprocidad del trabajo en las comunidades. En los pueblos indígenas esta práctica se denomina *ayni*, que no es más que devolver en trabajo la ayuda prestada por una familia en una actividad agrícola, como la siembra o la cosecha.

18. 'No robar y no mentir'. Vivir Bien es basarse en el *ama sua* y *ama qhilla* (no robar y no mentir, en quechua). Es fundamental que dentro de las comunidades se respeten estos principios para lograr el bienestar y confianza en sus habitantes.
19. 'Proteger las semillas'. Vivir Bien es proteger y guardar las semillas para que en un futuro se evite el uso de productos transgénicos. El documento *Vivir Bien, como respuesta a la crisis global*, de la Cancillería de Bolivia, especifica que una de las características de este nuevo modelo es el de preservar la riqueza ancestral agrícola con la creación de bancos de semillas que eviten la utilización de transgénicos para incrementar la productividad. La mezcla con 'químicos' daña y acaba con las semillas milenarias.
20. 'Respetar a la mujer'. Vivir Bien es respetar a la mujer, porque ella representa a la *Pachamama*, que es la Madre Tierra, poseedora de la vida. Por estas razones, dentro de las comunidades, la mujer es valorada y está presente en todas las actividades orientadas a la vida, la crianza, la educación y la revitalización de la cultura. Los pobladores de las comunidades indígenas valoran a la mujer como base de la organización social, porque transmite a sus hijos los saberes de su cultura.
21. 'Vivir Bien y no mejor'. Vivir Bien es diferente al vivir mejor que se le relaciona con el capitalismo. Vivir mejor se traduce en egoísmo, desinterés por los demás, individualismo y solamente pensar en el lucro. La doctrina capitalista impulsa la explotación de las personas para la acumulación de riqueza en pocas manos, mientras que el Vivir Bien apunta a una vida sencilla que mantenga una producción equilibrada.
22. 'Recuperar recursos'. Vivir Bien es recuperar la riqueza natural del país y permitir que todos se beneficien de ésta de manera equilibrada y equitativa. La finalidad del Vivir Bien también es la de nacionalizar y recuperar las empresas estratégicas del país en el marco del equilibrio y la convivencia entre el hombre y la naturaleza en contraposición con una explotación irracional de los recursos naturales.
23. 'Ejercer la soberanía'. Vivir Bien es construir, desde las comunidades, el ejercicio de la soberanía en el país. Esto significa que se llegará a una soberanía por medio del consenso comunal que defina y construya la unidad y la responsabilidad a favor del bien común, sin que nadie falte. En ese marco se reconstruirán las comunidades y naciones para construir una sociedad soberana que se administrará en armonía con el individuo, la naturaleza y 'el cosmos'.
24. 'Aprovechar el agua'. Vivir Bien es distribuir racionalmente el agua y aprovecharla de manera correcta. El agua es 'la leche' de los seres que habitan el planeta, debemos valorar lo que tenemos y preservarlo lo más posible, eso es Vivir Bien.
25. 'Escuchar a los mayores'. Vivir Bien es leer 'las arrugas de los abuelos' para poder retomar el camino. Una de las principales fuentes de aprendizaje son los ancianos de las comunidades, que guardan historias y costumbres que con el pasar de los años se van perdiendo.

En definitiva el buen vivir constituiría un planteamiento que prioriza la vida por encima del bienestar, por medio de la armonía y el equilibrio entre las sociedades, las culturas y la naturaleza.

### **8.7. *El concepto de salud-enfermedad entre los ngöbes.***

Los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural donde se integran elementos diversos, así las enfermedades pueden ser clasificadas de acuerdo a sus manifestaciones patológicas, a sus causas o por el ámbito de la demanda. En el caso de las comarcas indígenas en ocasiones aparecen una serie de patologías que desde el punto de vista del personal de salud institucional no existen o se consideran como meras supersticiones.

Todo sistema médico es un sistema cultural que posee una nosología (clasificación de las enfermedades), una etiología (teoría de las causas de las enfermedades), una semiología (sistema de identificación e interpretación de enfermedades) y una tecnología médica de rituales, acciones y medicamentos.

En el caso de los ngöbe los grupos autóctonos distinguen entre aquellos padecimientos que tienen un origen físico o natural (diarrea, vómitos, resfriados, etc), que pueden ser tratados por los 'botánicos empíricos' (médicos tradicionales) o médicos (de la biomedicina), y algunas enfermedades de origen sobrenatural que solo pueden ser tratadas por los *sukias* o por hechiceros. Pero los límites entre lo físico y lo espiritual, entre lo natural y lo sobrenatural en las categorizaciones nativas son siempre rebosadas por una cultura holística donde todo está relacionado y vinculado, y donde no se puede separar el alma del cuerpo, ni la naturaleza de lo humano.

La salud para los ngöbe es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos y con los dioses. Al romperse la armonía, se produce la enfermedad, que se expresa en un individuo y afecta a toda la familia.

Tradicionalmente en la cultura ngöbe el sueño puede significar la antesala de la enfermedad y la muerte, esto significa que por brujería o la intervención de algún espíritu, el alma se separó del cuerpo durante el sueño y emprendió un viaje al mundo de los muertos (Sinclair, 1990).

En el caso de los ngöbe existe una diferenciación entre aquellos padecimientos que tienen un origen físico o natural (diarrea, vómitos, resfriados, etc) y que pueden ser tratados por los 'botánicos empíricos' (*Kroko dianko*) o médicos científicos, y algunas enfermedades de origen sobrenatural que solo pueden ser tratadas por los *sukias* o los hechiceros. Pero es necesario redundar en la idea que los límites entre lo físico y lo espiritual, entre lo natural lo



sobrenatural en la categorizaciones nativas son siempre rebosadas por una cultura holística donde todo está relacionado y vinculado.

En la cultura tradicional *ngöbe*, hay padecimientos que solo pueden ser tratados por los *sukias* por su origen sobrenatural. A continuación se ofrece un ejemplo de `males' que pueden ser atendidos por *sukias* y no por botánicos tradicionales:

- ✓ Los *Munguis* que producen El *Elegan* ('la maldición'). Esta maldición va dirigida a los que son orgullosos, egoístas, o no dieron algo de comer cuando se les pidió.
- ✓ El *Chela*, es el espíritu malo, que causa enfermedad. Lo que origina El *Chela* se denomina *Mutuanidibo*.
- ✓ La gente que tiene malos deseos o practican la brujería para dañar a otros engendran El *Ngürune*.
- ✓ Algunos sueños que producen enfermedad.

Pero es importante matizar, que tanto los botánicos como de los *sukias*, como prescriptores tradicionales de salud, desarrollan un fuerte componente espiritual y religioso en su narrativa del proceso salud/enfermedad/atención.

Los *sukias* disponen de un "don" para curar. Las familias tienen que esperar 3 generaciones después de la muerte de un vidente (*sukia*) para que nazca otro *sukia*, muchos de sus conocimientos curativos los adquieren por medio de revelaciones o por sueños. El sueño tiene un rol fundamental en la mitología *ngöbe*.

A diferencia de este conocimiento chamánico, los botánicos aprenden a curar capacitados por sus ancestros, por su círculo más cercano, e incluso por las asociaciones de médicos tradicionales. Aunque siempre existen excepciones, hay médicos tradicionales que adquieren sus conocimientos en sueños o revelaciones.

También es importante destacar que en el terreno de las prácticas hay brujos que no son *sukias* que atienden padecimientos que tienen un origen sobrenatural y no pueden tratarlos los botánicos tradicionales. Como pueden ser las posesiones que según creencias autóctonas pueden traer incluso la muerte.

La hechicería o la brujería, prohibida por las leyes comarcales, consiste en un conjunto de procedimientos en los que hay personas que acompañados por una serie de materiales mágicos y actos rituales los utilizan para enfermar o matar a un individuo, causarle desgracias y/o accidentes, o influir en situaciones amorosas. Para el tratamiento de las enfermedades ocasionadas por brujería se requiere de la participación de un *sukia* o de un brujo. Los brujos o

los hechiceros pueden ejercer la hechicería para enfermar o bien para curar los efectos de la hechicería.

Estos brujos no reconocidos por las autoridades tradicionales, ya que no son *sukias*, tienen en ocasiones hasta un origen no nativo. Es destacable el caso del brujo Vicente Romero, conocido en la comunidad de Bisira (Comarca Ngäbe Buglé) como Don Vicente, no indígena y de nacionalidad costarricense, que atiende este tipo de síndromes sobrenaturales. Don Vicente reside en Talamanca, zona fronteriza de Panamá con Costa Rica, y es muy popular en las zonas fronterizas de la Comarca más cercanas a Costa Rica, también se le conoce como 'el de Talamanca'. Las clasificaciones externo-interno y los límites son continuamente cruzados por una realidad dinámica, cambiante.

Los médicos tradicionales organizados en entidades como ASASTRAN o Ichi Druribo están conformados mayoritariamente por botánicos o parteras que tienen relación con los médicos y las instituciones médicas por medio de encuentros o capacitaciones.

Excepcionalmente han existido casos en el que los prescriptores tradicionales de salud han ejercido en algún centro. Existen hasta 5 centros de salud y varios puestos de salud (espacios de atención de primer nivel como los centros de salud pero que no suelen disponer de atención continua) que durante la realización del convenio entre ASASTRAN y el MINSA, los médicos tradicionales atendieron a pacientes en establecimientos de primer nivel, pero tras la suspensión de este convenio por parte de las autoridades sanitarias, este tipo de atención ya no existe en los espacios públicos del ministerio. Así que en la actualidad la labor de los 'botánicos empíricos' o de las 'parteras empíricas' no se desarrolla en el seno de los centros de salud, y la colaboración se da 'puertas a fuera', sin intervenir en los procesos de prevención, promoción y curación en los centros o en los puestos de salud, diagnosticando y tratando las enfermedades en ámbitos tradicionales<sup>29</sup> o privados.

Los *sukias* solo están relacionados con la sociedad ngöbe en un ámbito comunitario. Las instituciones sanitarias no tienen un vínculo público con los *sukias* a pesar de que en la Carta Orgánica Administrativa se pide la 'armonización' y 'fusión' de la medicina occidental con la medicina tradicional. En la legislación comarcal se da un especial protagonismo a los *sukias* como sanadores tradicionales (Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé, 1999), aunque en la realidad del sistema formal de salud los *sukias* no ejercen este protagonismo.

Los padecimientos tratados por los *sukias* están relegados a un ámbito privado o cuasiclandestino. Algunos de estos padecimientos están y han estado influidos por otras

---

<sup>29</sup> Cerca de Quebrada Guabo en la Comarca Ngäbe Buglé existe el hospital tradicional regentado por un botánico empírico, Armando Sire, que utiliza formas de sanación ngöbes y de otros pueblos amerindios como los quichuas o los mayas.

concepciones culturales externas al grupo, de otros países (generalmente fronterizos como Costa Rica), de España, o de otros grupos indígenas. Es decir son dinámicas. De hecho hay enfermedades como el mal de ojo, *tābikābare o ngürün* en ngabere, que están presentes en casi todo el mundo, o como el susto, *nekwetekä* en ngabere, presentes en gran parte de los pueblos originarios de América Latina.

Las prácticas curativas de los *sukias*, que incluyen un fuerte componente sobrenatural, están especialmente sojuzgadas y marginalizadas por la biomedicina, pero toda práctica médica indígena que tenga un componente sobrenatural es despreciada. La sociedad tradicional trata de esconder las prácticas chamánicas de los *sukias* a 'los ojos externos', al sistema formal de salud panameño, y a los que no forman parte de la comunidad.

Los padecimientos tratados por los *sukias* o por los hechiceros podrían ser entendidos como síndromes de filiación cultural o síndromes culturalmente delimitados, pero en el presente proyecto vamos a evitar reproducir el binomio cultura-naturaleza presente en los síndromes de filiación cultural, entendiendo que todas las enfermedades contienen construcciones socioculturales. Cualquier manifestación patológica puede ser codificada de forma distinta en cada cultura, conforme a los instrumentos cognitivos e interpretativos que la misma elabora.

Los síndromes de filiación cultural son definidos por Zolla<sup>30</sup> como "[...] aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo" (Zolla, 1988). Dentro de la antropología médica mexicana, Zolla junto a otros antropólogos como Roberto Campos Navarro, Antonella Fagetti, Alfredo López Austin, o Edgar Mourin, entre muchos otros, se centraron en analizar síndromes como el empacho, el susto, el mal de ojo, la caída de mollera, o los padecimientos derivados de la brujería y la hechicería, como síndromes más destacados.

Los síndromes de filiación cultural comprenden un concepto elaborado por la antropología médica, incluido en la cuarta versión del manual de diagnósticos y estadísticas de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

El psiquiatra y médico antropólogo estadounidense Arthur Kleinman ha sido el principal autor que ha contribuido a los estudios de los síndromes culturales. Además del trabajo de Kleinman, existen otros destacados autores de la antropología médica norteamericana como Paul Farmer, Veena Das, Margaret Lock entre otros muchos.

---

<sup>30</sup> Carlos Zolla antropólogo e investigador de este fenómeno. Actualmente Carlos Zolla es coordinador de investigación en el programa universitario de Diversidad Cultural e Interculturalidad de la Universidad Autónoma Mexicana (UNAM).

Siguiendo labor investigativa norteamericana, destaca *la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*<sup>31</sup> (GLADP) de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (2004). En esta guía aparece un capítulo titulado *Los Síndromes Culturales Latinoamericanos* que adapta la clasificación internacional de los desórdenes psiquiátricos, establecida por la Organización Mundial de la Salud (DSM-IV), a las exigencias particulares de la población de América Latina. La GLADP reconoce, por lo tanto, la existencia de enfermedades peculiares en este continente y propone su clasificación general bajo el rótulo de 'síndromes culturales'. Entre los principales 'síndromes culturales propiamente latinoamericanos' listados en la GLADP se encuentran: el susto, el espanto, la bilis o el derrame de bilis, mal de ojo, brujería y otras. Este planteamiento incidiría en las dimensiones idiosincrásicas y aisladas de estos síndromes, analizándolos como fenómenos no físicos, ni naturales sino mentales.

Un síndrome específicamente ligado a la cultura o un *culture-bound syndrome* se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Está categorizado como enfermedad por dicha cultura y no como un comportamiento voluntario o una falsa representación.
- ✓ La cultura conoce bien los síntomas e incluso el tratamiento.
- ✓ Es completamente extraño e ignorado por otras culturas, sobre todo por la cultura tecnocientífica u occidental, existiendo culturas tradicionales que comparten síndromes de filiación cultural.
- ✓ No existe una causa bioquímica u orgánica demostrada.
- ✓ La enfermedad es tratada por la medicina natural de la misma cultura.

El binomio 'enfermedades naturales' frente a 'enfermedades culturales' tiende a llevarnos al terreno de determinadas clasificaciones que comprenden algunos padecimientos como culturales frente a otros padecimientos que pueden ser entendidos como naturales. Cualquier representación de la enfermedad, así como cualquier institución social o religiosa, son siempre productos culturales, tanto si se refieren a un ámbito indígena como si se refieren a un ámbito occidental. Y estas representaciones de la enfermedad son dinámicas y están sujetas a procesos sociohistóricos que las transforman, las renuevan, o las abandonan.

Estas divisiones o tipologías, cultura-naturaleza o cultura-ciencia, nos dificultan el entender las etiologías, las clasificaciones y las formas de comprender indígenas, sus saberes y sus prácticas

---

<sup>31</sup> Esta clasificación ha sido criticada por la etnopsiquiatría mexicana "por la dificultad en insertar los fenómenos que observa tanto en el DSM-IV como en la propia GLADP", es decir por no ser una clasificación exhaustiva.

tradicionales, y su relación con el resto de formas curativas, lo que nos aleja de la posibilidad de comprender sus demandas, por lo que no vamos a utilizar este tipo de divisiones.

La oposición cultura-naturaleza o cultura-ciencia es problemática porque la cultura es una categoría universal, es decir, cualquier construcción o representación humana tiene una dimensión cultural una vez que se hace pública. En cambio, la oposición 'modernidad versus tradición' establece categorías diferenciadas, por una parte, por la especial relación que tiene la modernidad con 'lo nuevo, lo innovador y lo universal', y por otra parte, por la especial relación que tiene lo tradicional con 'lo ancestral, lo permanente y lo local'. Tanto modernidad como tradición componen formas impuras, dinámicas, en permanente cambio y transformación, y se mezclan, pero los lineamientos de modernidad y tradición son diferentes, y describen una parte central de lo que está en liza en la lucha política por la conservación de los saberes curativos de los pueblos originarios. Es decir, la presente tesis doctoral opta por la diferenciación moderno-tradicional desechando la diferenciación cultura-ciencia, siempre desde una perspectiva dinámica, dialógica y abierta.

La tecnociencia médica es el medio más eficaz y universal de curación, pero tiene sus límites, sus particularidades y sus expresiones locales. Hay otras formas curativas que además de estar culturalmente adaptadas, han expresado eficacia frente a la enfermedad, en ese sentido necesitan ser consideradas, reconocidas y empleadas en su justa medida, e incluso pueden llegar a aportar fórmulas curativas y de conservación ecológica universalmente válidas. Reducir todos estos saberes curativos tradicionales a una suerte de sanación local, intraducible, aislada o a una superstición, cierra la posibilidad de universalización de estos saberes. En los saberes tradicionales existen elementos locales e intraducibles, pero también existen elementos traducibles y universales.

## **8.8. *Situación de la medicina tradicional en Panamá.***

Panamá es el único país en Latinoamérica que ha adoptado el modelo de las Comarcas Indígenas como medio de reconocimiento institucional de los derechos culturales y políticos de los pueblos originarios.

Los diferentes conflictos históricos entre las comunidades indígenas y el estado panameño han tenido como efecto un reconocimiento de la idiosincrasia y de las culturas autóctonas, que tiene como una de las medidas destacadas la aprobación del reconocimiento institucional de las prácticas medicinales ancestrales. Pero este reconocimiento 'de derecho' cuenta con varios déficits.

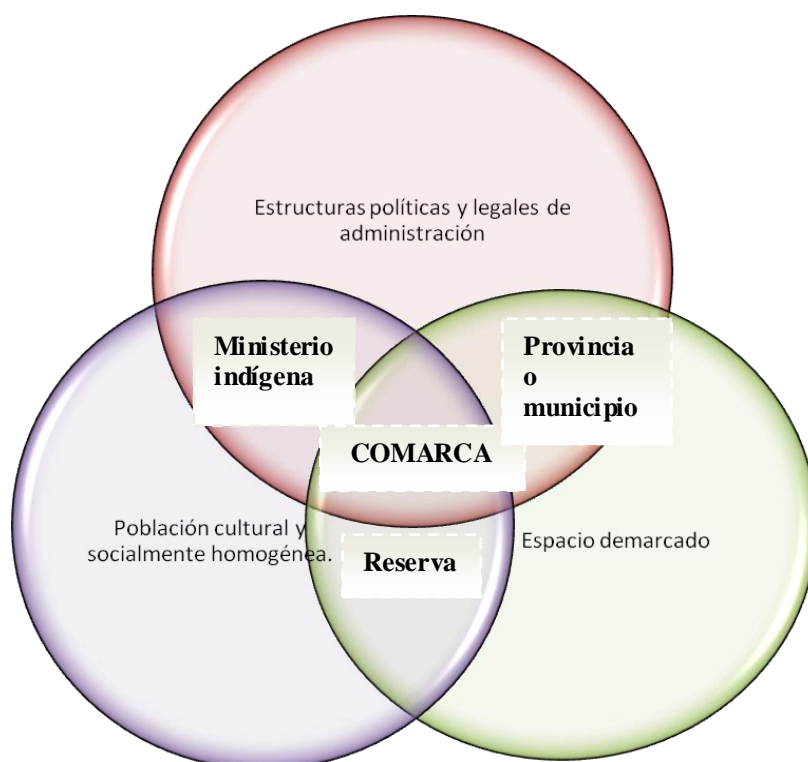
Desde principios del siglo pasado, en Panamá se han ido creando comarcas indígenas como parte de la política de estado para dar respuesta a las reivindicaciones territoriales de los pueblos indígenas. En la actual Constitución Nacional de la República de Panamá, en su artículo 123, contempla: "las garantías de reservas de tierras necesarias a las comunidades indígenas y la propiedad colectiva de las mismas para el logro de su bienestar económico y social". En la implementación del artículo 123 -aunque no se le nombre como figura político-administrativa- la Comarca es un territorio demarcado físicamente, habitado por pueblos indígenas, dentro del estado, bajo un régimen especial administrativo. Esta estructura o sistema, tiene como objetivo el respeto de la identidad y de los derechos específicos de los pueblos indígenas. En el marco jurídico administrativo comarcal se reconoce la colectividad de la tierra, a los Congresos como organismo tradicional (Congreso General, Congreso Regional, Congreso Local), a las autoridades tradicionales (caciques), y a las costumbres y tradiciones del pueblo indígena.

El modelo de la Comarca comprende la intersección de tres condiciones:

- I. Población cultural y socialmente homogénea.
- II. Área geográfica demarcada.
- III. Estructuras administrativas político-legales.

En este sentido es importante señalar que el modelo administrativo y organizativo de la Comarca no corresponde a la forma de las reservas indígenas creada o reconocida en otros países como EE.UU., que comprende otra forma de resguardo y titulación colectiva de las tierras ocupadas por pueblos indígenas. La Comarca tampoco corresponde a unas estructuras de direcciones o ministerios para asuntos indígenas, que si bien tienen un marco legal y político de acción en el cual sus actividades se dirigen expresamente para la población

indígena, carecen de un espacio geopolítico para aplicar políticas específicas para una población indígena, para el autogobierno de los pueblos indígenas.



Pero es importante destacar que en las Comarcas existen dos tipos de autoridades: las estatales y las autoridades tradicionales. Las autoridades estatales son: el gobernador, los legisladores, los alcaldes, los representantes y los corregidores, y las autoridades tradicionales son: los caciques (el general, los regionales, los locales), los jefes inmediatos y los voceros.

En Panamá, el contexto institucional es propicio para utilizar la medicina tradicional indígena fruto de las leyes comarcales que legislan en torno a la necesidad de 'armonizar y fusionar la medicina occidental con la medicina tradicional' en los programas de atención primaria (ya que en el sistema de salud formal panameño no existe atención secundaria o terciaria en las comarcas indígenas). Esto no se produce de hecho y en los centros de salud de las comarcas indígenas no se desarrollan prácticas curativas tradicionales.

La medicina tradicional incluye importantes dimensiones simbólicas, culturales y sociales, constituyendo una importante fuente de prestigio en las sociedades indígenas. En Panamá, la medicina tradicional es un crucial recurso de salud a disposición de la comunidad, este articula estrategias esenciales para la salud de los indígenas que residen en las comarcas.

La medicina tradicional constituye una serie de prácticas fundadas en los conocimientos que utilizan los pueblos indígenas para “mantener la armonía de los individuos con sus comunidades y con el universo que los rodea” (Alderete, 2004). El conocimiento y las prácticas curativas que se dan en todas las comunidades (como los remedios caseros), difieren de las prácticas de curación más complejas de los médicos indígenas, que según las instituciones médicas constituyen sistemas de salud (OMS, 1997).

Las prácticas de curación dentro del sistema tradicional de medicina comprenden una variedad de elementos, que no sólo incluyen el uso de las plantas medicinales y los animales, y contienen la comunicación con seres espirituales, la lectura y el aprendizaje a través de los sueños y el uso del poder curativo del agua y los minerales. Estas prácticas también poseen un fuerte componente espiritual, requieren fuerzas y poderes especiales y sólo las llevan a cabo miembros selectos de la comunidad, los médicos indígenas.

La finalidad de integrar la medicina tradicional en los centros de salud podría tener las siguientes claves:

- ✓ Redescubrir esas prácticas.
- ✓ Hacer frente a la falta de cobertura sanitaria en estas áreas.
- ✓ Atender a la falta de recursos humanos en las comarcas, bien por insuficiencia de este recurso o porque el personal médico no quiere radicarse en ese medio tan aislado y tan alejado de sus lugares de origen.
- ✓ Por razones económicas, bien porque implementar y generalizar un sistema de salud formal en las comarcas no puede ser financieramente sostenido o bien porque las prácticas curativas tradicionales son más baratas.
- ✓ Tener en cuenta la eficacia de estos tratamientos.
- ✓ Generar una recepción positiva en la comunidad favoreciendo la participación comunitaria.

Estos procesos de reconocimiento de las formas ancestrales de curación se encuentran condicionados por la fuerte oposición del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1994).

Pero la medicina tradicional encuentra una oportunidad en los nichos de mercado de la medicina alternativa, y sobre todo por el creciente interés en Occidente por las medicinas alternativas y complementarias (MAC).

Teniendo en cuenta los diferentes sectores sociales, la recuperación de las prácticas curativas tradicionales podrían tener las siguientes claves:



- Desde la perspectiva del sector médico público y formal puede suponer la extensión de la cobertura, la recuperación de prácticas eficaces respecto de determinados problemas, el abaratamiento de costos, la extensión del control epidemiológico, la descarga parcial de la crisis de financiamiento, la legitimación frente a conjuntos sociales indígenas y populares.
- Desde la perspectiva de la práctica médica, tanto privada como pública, puede suponer más competencia. Esta es mayor en el sector urbano, sobretodo para sectores médicos de formación reciente cuya incorporación al mercado se puede hacer más dificultosa.
- Desde la perspectiva de los beneficiarios de salud puede suponer lograr mayor cobertura, al abaratamiento en la atención y la obtención de determinados servicios que no existían, la supervisión de prácticas médicas populares, la apropiación de instrumentos eficaces.
- Desde la perspectiva de algunos estudiosos del tema o de grupos sociales organizados, puede suponer la validación de mecanismos de identidad e integración cultural, y se pueden generar alternativas de autogestión de la salud.
- Desde la industria químico-farmacéutica puede suponer una mayor competencia ya que algunos de los potenciales costos de las formas de curación ancestrales pueden ser menores.

Señalando algunos de los posibles factores se puede visualizar la complejidad, la posibilidad de complementariedades y de conflictos, nuevos o ya existentes.

En Panamá, las autoridades son conscientes de que muchas personas utilizan la medicina tradicional ya que en muchas ocasiones las medicinas farmacológicas no están disponibles o son muy costosas o las instalaciones sanitarias están muy alejadas de su domicilio, pero a pesar de esta situación existe un vacío regulatorio frente a estas prácticas. En otros países tales como Bolivia en el 2006 se creó el Vice-Ministerio de Medicina Tradicional y Asuntos Interculturales, en México los funcionarios de salud pública han lanzado iniciativas para validar prácticas, evaluar las propiedades de estas plantas medicinales y fomentar la difusión de medicina tradicional.

Hay que destacar que existe un interés en estudiar la gran diversidad de plantas en Panamá y para esto la Universidad de Panamá, a través de la Facultad de Farmacia, creó el Centro de Investigación Farmacognóstica de la Flora Panameña (CIFLORPAN). Es un centro creado específicamente dentro de esta Facultad para estudiar plantas medicinales tradicionales y sus propiedades activas para ver cuales en realidad pueden ser sintetizadas como medicamentos en el futuro. Algunos de los estudios que se están llevando a cabo tienen como objeto el estudio de compuestos activos para la cura del cáncer, del SIDA y de enfermedades tropicales. En el caso de la medicina tradicional ngöbe existen estudios de la universidad panameña identificando multiplicidad de principios activos en los remedios de los médicos tradicionales (*Journal of Ethnopharmacology* 20, 1987; *Journal of Ethnopharmacology* 28, 1990).

Pero en las instituciones médicas y en las autoridades públicas existen muchos prejuicios por 'el misticismo o la espiritualidad' de las prácticas curativas tradicionales.

A pesar de estas dificultades existen ejemplos de iniciativas empresariales exitosas dentro del campo de la medicina botánica tradicional. Existe el caso de Diomedes Ureña (aunque en el caso de este emprendedor no atiende en territorios indígenas), este botánico abrió su primera oficina en Chiriquí (provincia limítrofe con Costa Rica y la Comarca Ngäbe Buglé), ahora tiene una oficina en Costa Rica y está valorando expandirse a Venezuela. Sus productos pueden ser pedidos online. Hace envíos a países como Estados Unidos, España y Rusia. Uno de sus remedios 'estrella' es la cura del cáncer, usando un brebaje de 12 compuestos naturales que se encuentran en los bosques de Chiriquí. Diomedes ha sido protagonista de muchas entrevistas en medios escritos y de televisión<sup>32</sup> por lo que ha adquirido mucha popularidad, y a pesar de ser objeto de algunas críticas por brujería o espiritismo sigue ejerciendo públicamente su actividad. Este botánico cuenta con muchos testimonios favorables de pacientes que se han tenido una experiencia muy positiva, y las autoridades le permiten que siga desarrollando sus labores curativas.

En Panamá, los diferentes grupos indígenas tienen sus sanadores ancestrales, los *sukias* en el caso de los *ngöbes*, los *neles* en el caso de los kunas, los *jaibanás* en el caso de los *emberá*, etc. Pero en todos los grupos indígenas ha emergido con fuerza la figura del botánico empírico. Esta figura emergente centra sus prácticas y sus conocimientos en las plantas curativas, privilegiando la dimensión física y los componentes curativos de las plantas, pero manteniendo cierta dimensión espiritual y sobrenatural, y en el caso de las entidades de botánicos buscando la legitimación de las autoridades sanitarias. Hay botánicos que están integrados en asociaciones con personalidad jurídica, hay otros que están organizados pero no disponen de ninguna entidad jurídica, y hay otros botánicos que trabajan de forma autónoma.

Otro tipo de médicos tradicionales son las parteras empíricas. Las parteras, en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé, trabajan de forma autónoma o de forma organizada, en ASASTRAN o Ichi Druribo (en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé).

Por último, existen los denominados brujos o hechiceros que atienden enfermedades que no pueden atender los botánicos como posesiones, maldiciones, etc. Estos brujos no son reconocidos como médicos tradicionales y la brujería es ilegal en la Comarca.

Tanto los brujos como los *sukias*, en términos generales, desarrollan sus prácticas curativas en un nivel de cuasiclandestinidad a ojos de la administración pública, mientras que los botánicos

---

<sup>32</sup> <http://www.curadelcancer.net/>, <https://www.youtube.com/watch?v=K99Pf5FyMgQ>, <http://www.panamaamerica.com.pa/content/bot%C3%A1nico-cura-sida-y-c%C3%A1ncer>, <http://portal.critica.com.pa/archivo/03042000/reporta.html>. Consultado en 17/06/2016.

y las parteras, aunque no ejercen en los centros de salud comarcales y cuentan con gran desconfianza entre el sector sociosanitario no indígena, participan en capacitaciones, en algunas experiencias de colaboración con la medicina formal, en programas públicos o privados de identificación de plantas (Abrego Santos, 2013), y han contado con financiación pública y convenios del ministerio de salud<sup>33</sup>.

También es importante destacar que existe un alto grado de desconfianza en algunos 'botánicos empíricos' (no integrados en ASASTRAN ni Ichi Druribo) y en sukias, hacia organizaciones y personas ajenas a la comunidad. Incluso hay autoridades tradicionales que aconsejan a los médicos tradicionales que mantengan sus conocimientos resguardados de organizaciones o personas externas a las comarcas indígenas.

---

<sup>33</sup> En 2011 Asastran firmó un convenio con el ministerio de salud panameño para ejercer su actividad curativa en la Comarca, pero solo recibió la dotación económica en el 2011.

### **8.9. *Los médicos tradicionales, sukias y botánicos, sus prácticas sociosanitarias, y las entidades de médicos tradicionales.***

En el caso de los *ngöbes* el prescriptor tradicional de salud en la Comarca es el *sukia*, que además de disponer de estas capacidades curativas es consejero y líder espiritual, habiendo ocupado históricamente la más alta cuota de prestigio social, por lo tanto era y es un líder espiritual, social y político.

Según Esteban Binnis de la Coordinadora por los Recursos Naturales e Hídricos de la Comarca Ngäbe-Buglé (M-10), el cambio más profundo que ha sufrido la sociedad comarcal fue el proceso de hegemonización de los credos católicos y evangelistas como principales referentes religiosos en la comunidad, que hurtaron a los *sukias* su liderazgo espiritual, relegándolos a una actividad puramente curativa, lo que debilitó su prestigio social. Este cambio fue el detonador de profundos cambios, más influyentes que las políticas asimilacionistas y homogeneizadoras del estado panameño, o que la entrada de capital extranjero para explotar los recursos naturales

En las últimas décadas han surgido en la Comarca un prescriptor de salud emergente, ya existía pero ha adquirido un nuevo perfil: 'los botánicos empíricos', los *kroko dianko*. Estos se presentan en la mayoría de las ocasiones como especializados en atender dimensiones exclusivamente materiales-físicas de la salud, pudiendo competir con los médicos científicos. Los botánicos tradicionales han abandonado la lucha por el liderazgo espiritual a la religión *Mama Tadtá*, a las iglesias católicas o a las evangelistas, ya que los *sukias* han perdido este liderazgo. En la actualidad se aprecia un destacado crecimiento de las congregaciones y los fieles evangelistas.

Tradicionalmente el protagonismo en la sanación lo tenían los *sukias*. Françoise Guionneau Sinclair describe una sesión curativa de un *sukia* donde se pueden identificar estos elementos (Sinclair, 1990):

- Una vez en la casa del *sukia*, el enfermo está recluido en una casita con cuatro puertas que dan hacia cuatro caminos, en los cuales se ha colocado una cruz para alejar a los espíritus negativos.
- El *sukia* quema en las cuatro direcciones nidos de hormiga, hojas secas y ají para sahumar los espíritus mientras fuma hojas de tabaco.
- Comienza el periodo de vigilia ('*Gueto*'), donde el enfermo sólo puede ser visitado por el *sukia*. Los parientes permanecen cerca de la casa.

- El *sukia*, comienza el ayuno que durará cinco días y cinco noches en los que se alimentará con una preparación a base de cacao. Durante este tiempo, el mantiene a los parientes despiertos, echándole en los ojos una infusión de hierbas.
- Al finalizar el quinto día el espíritu es atrapado en una de las trampas colocadas en las cuatro puertas.
- El *sukia* interroga al espíritu y le pregunta de qué tipo de enfermedad trata. Si es una cura que requiere de plantas, se las administra al enfermo, si es una enfermedad que implica la pérdida del alma, la da un nuevo plazo que resolverá si el enfermo sanará o morirá, o si las fuerzas sobrenaturales desean (o no) liberarlo.
- La preparación de los alimentos es realizada por un pariente del mismo sexo del enfermo, ya que 'el mal' podría esconderse en el sexo opuesto. Pero la comida es administrada por el mismo *sukia* o por uno de los ayudantes.

Se emplean plumas de '*urubu*' para sanar la locura pues se dice que este animal es el que la causa. Al terminar la sesión, sólo se paga al *sukia* si el paciente sana y este exige un pago proporcional a la posición de la familia. Este tratamiento es de corte chamánico, el *sukia* concentra su acción en expulsar las fuerzas del mal y restablecer las del bien, es decir, recobrar la armonía en la relación cuerpo-alma.

Los recursos terapéuticos empleados incluyen entre otros: cantos expresados en lengua esotérica, dietas especiales, aislamiento, pociones a base de plantas, sahumerios, y vigias.

El tratamiento dado por los *sukias* combina aspectos empíricos con recursos mágico-religiosos. Napoleón, botánico empírico de Ichi Druribo, asociación de médicos tradicionales, y líder político de la comunidad, exalcalde en Bisira por el PRD, manifiesta críticas a los *sukias* entendiendo que son 'ritualistas', aunque sus críticas van dirigidas a los falsos *sukias*, él ha conocido a pocos *sukias* verdaderos y a muchos farsantes, a muchos "roba vainas".

Los tratamientos de los botánicos tradicionales están centrados, principalmente, en las plantas curativas que ellos mismos procesan. Durante el tratamiento el botánico da un seguimiento al paciente. Según ASASTRAN, si en 24 horas el paciente no mejora, se le deriva al centro de salud. Ichi Druribo aunque no es tan específico como ASASTRAN, si tiene un criterio similar de derivación. Los botánicos tradicionales para detectar el origen de la enfermedad no solo cuentan con el testimonio del enfermo sino que emplean un procedimiento: 'la lectura de la orina', en función del color de esta se diagnostica una u otra enfermedad.

Tanto los *sukias* como los botánicos, por lo general, no cobran por sus servicios, y solo aceptan aportaciones económicas si los enfermos han mejorado, aunque no existe una norma fija y existen casos que si cobran. A diferencia de los botánicos y los *sukias* los brujos si suelen cobrar.

A continuación presentamos las enfermedades atendidas por los botánicos que pertenecen a ASASTRAN con sus soluciones curativas.

**“PROYECTO DE ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LA MEDICINA TRADICIONAL”  
ASOCIACIÓN DE AGENTES DE SALUD TRADICIONAL Y NATURAL NGÖBE (ASASTRAN) CON  
APOYO DEL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ (MINSA.)**

**Tabla: 10:** Dolencias y plantas medicinales utilizadas por ASASTRAN.

PLANTAS MEDICINALES	DOLENCIA QUE ATIENDE
<p>Sauco.</p> <p>Mastranto.</p> <p>Anamum.</p> <p>Anís.</p> <p>Orozuz.</p>	<p><b>SISTEMA RESPIRATORIO:</b></p> <p>Gripes.</p> <p>Resfriado común.</p> <p>Asma, bronquitis.</p> <p>Tos.</p> <p>Tos rebelde, congestión pulmonar</p>
<p>Drago.</p> <p>Albahaca.</p> <p>Sábila.</p> <p>Anís.</p> <p>Menta.</p>	<p><b>SISTEMA DIGESTIVO:</b></p> <p>Vómito y náusea.</p> <p>Cólico y diarrea.</p> <p>Gastritis.</p> <p>Hepatitis.</p> <p>Mala digestión</p>
<p>Torongil.</p> <p>Salvia.</p> <p>Tilos.</p>	<p><b>SISTEMA NERVIOSO:</b></p> <p>Inflamación de los nervios.</p> <p>Para la jaqueca.</p> <p>Insomnio, dolor de cabeza, ataques epilépticos.</p>
<p>Sauco.</p> <p>Hombre grande.</p> <p>Jengibres.</p>	<p><b>SISTEMA CIRCULATORIO:</b></p> <p>Reumatismo.</p> <p>Diabetes, vesícula biliar.</p> <p>Artritis, calambre, mala circulación</p>

Caña agria.	<b>SISTEMA URINARIO:</b> Cálculo renal, inflamaciones de la vía urinaria.
Batata. Menta. Ruda. Flor de cementerio.	<b>GINECOLOGÍA OBSTETRICIA:</b> Parto y hemorragia. Dolor menstrual. Menopausia. Hemorragia.
Sauco. Nopal.	<b>INFECCIONES DE LA PIEL:</b> Eccema. Caspa
Salvia.	<b>ENFERMEDADES DE OIDOS Y LA GARGANTA:</b> Laringitis y faringitis.
Hombre grande. Paico. Raíz india.	<b>ENFERMEDADES METABÓLICA:</b> Diabetes, vesícula biliar. Desparasitarse. Mordedura de culebra.
Drago	<b>AFECCIONES DE LA SANGRE:</b> Anemia.

Fuente: ASASTRAN, 2013.

Los botánicos tradicionales con el objeto de legitimar sus prácticas, se presentan en sociedad como prescriptores de salud que solo atienden a lo físico, pero la dimensión espiritual que los botánicos dicen no contemplar, no acaba de desaparecer. Según Napoleón (botánico de Ichi Druribo) aunque sus diagnósticos y sus curaciones solo atienden a 'razones físicas', antes de recetar una planta, ora a la planta para que se vuelva curativa. Estos elementos 'espirituales o religiosos', en ocasiones, sirven de argumentación (de chivo expiatorio) para evitar la armonización de la medicina científica con la medicina tradicional. Otro de los factores importantes que dificultan a la armonización de la medicina occidental y la medicina tradicional es la imagen y la representación social de estas prácticas como 'un atraso'.

Los prejuicios hacia la medicina tradicional tienen efectos perniciosos para la salud de la población comarcal, al no armonizarse las dos formas de tratamiento médico. Siendo el tratamiento tradicional sojuzgado, subordinado y entendido en muchas ocasiones como una

forma primitiva e inútil. La discriminación dificulta el pleno desarrollo de la idiosincrasia de la comunidad, y dificulta hacer frente a muchos retos sanitarios de forma eficaz y complementaria.

Panamá cuenta con una de las legislaciones más avanzadas en reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios. El sistema de las comarcas ofrece una importante protección de los derechos de los pueblos indígenas, en especial en lo relativo a sus tierras y territorios, participación y autogobierno, a su idiosincrasia y a su cultura. En cuanto a la medicina tradicional, es destacada la creación en 2011 de la Dirección de Asuntos Indígenas dentro del Ministerio de Salud (DASI), así como la Comisión Nacional de Medicina Tradicional, creada en 2003, esta última aún no está operativa. Pero a pesar de estos avances, las prácticas tradicionales no tienen lugar en la atención pública sanitaria panameña, en el sistema formal de salud.

En cuanto a la legislación para desarrollar y conservar la medicina tradicional, a modo de ejemplo, destacan los siguientes artículos dentro del marco legal de la Comarca Ngäbe-Buglé (Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe-Buglé, 1999):

- ✓ El capítulo II (salud) del Título VIII de la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe – Buglé, en su artículo 256 afirma que existirá una Dirección Médica Comarcal dividida en 6 áreas específicas. El área 3 constituiría una Dirección de Medicina Tradicional.
- ✓ El artículo 257 del capítulo 2, reza lo siguiente “para armonizar y fusionar la medicina occidental con la medicina tradicional se crea la Comisión Técnica Comarcal, integrada por especialistas, expertos para planificar y orientar eficazmente los servicios médicos”.
- ✓ Siguiendo con más artículos del capítulo II, en el artículo 258 se asignan las funciones a los médicos tradicionales de la siguiente manera:
  - a) *El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades, y receta medicinas.*
  - b) *El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades, receta, y es fármaco.*
  - c) *El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades, y receta medicina en mordedura de ofidios y es fármaco.*
  - d) *El curandero, analiza, diagnostica enfermedades, receta medicina en mordedura de ofidios es fármaco.*
  - e) *Partera empírica.*
- ✓ En los artículos 261, 262, 263 se afirma que se requieren huertos y jardines que clasifiquen las diferentes plantas según su especie y su propósito. A su vez, se sistematizarán los conocimientos en medicina tradicional en manuales y en textos para que sirvan como acervo del conocimiento y de la perpetuación de los conocimientos de la medicina tradicional.



En el terreno de los hechos se presentan serias faltas en la implementación y garantía de estos marcos jurídicos y legislativos. Los artículos mencionados no se están cumpliendo y las instituciones no están desempeñando su mandato. Siguiendo al Relator Especial sobre los Derechos de las Pueblos Indígenas del PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), James Anaya, en su informe sobre *La situación de los derechos de los pueblos indígenas en Panamá*, de mayo de 2014, en su conclusión 71, manifiesta que la Comisión Nacional de Medicina Tradicional, creada hace más de una década, para promover la medicina tradicional, en coordinación con las autoridades tradicionales indígenas: “[...]no ha sido instalada hasta la fecha.”. Y que la comisión técnica especializada en medicina de la Comarca no ha activado su función de armonizar y fusionar la medicina occidental y la medicina tradicional.

El ministerio de salud panameño ha desarrollado proyectos de capacitación de medicina occidental dirigidos a médicos tradicionales. Desde instituciones panameñas se han desarrollado proyectos de identificación de algunas plantas ‘ancestrales’. Existen experiencias de intervención médica de parteras empíricas y de botánicos empíricos en centros de salud, pero sin ningún intercambio de experiencias y sin armonizar los ‘dos sistemas médicos’. Los médicos no aborígenes que atienden en la Comarca no disponen de ningún tipo de sensibilización y capacitación sobre los usos y las tradiciones sanitarias locales.

ASASTRAN, es la única asociación de médicos tradicionales que dispone de personalidad jurídica. Esta entidad alcanzó un convenio de colaboración con el MINSA para la capacitación, la coordinación, el diseño de estadísticas y datos sobre sus actividades de atención médica tradicional. Pero ese convenio solo se hizo efectivo en 2011 (ASASTRAN recibió recursos económicos para realizar su actividad en el 2011), y posteriormente al 2011 este convenio se paralizó, por lo que el único proyecto del ministerio de salud para poner en práctica la colaboración de los dos sistemas médicos se frustró. El 17 de marzo de 2016 se firmó un nuevo convenio de cooperación del ministerio de salud con ASASTRAN con el propósito que se desarrollen procesos de articulación, complementación y reciprocidad entre la medicina natural y la medicina tradicional, no haciendo mención expresa a la complementariedad de la medicina occidental y la medicina tradicional en los centros de salud.

ASASTRAN nace en el 2003 cuando el Congreso General Ngöbe le solicita al gobierno nacional el reconocimiento de la medicina tradicional *ngöbe* en la Comarca siguiendo la Carta Orgánica Administrativa la Comarca Ngäbe Buglé. ASASTRAN no es genuina de la Comarca por que se inicia en comunidades anexas a esta: en la provincia de Chiriquí, Tubité y Changuinola. Apoyados por la ONG española ADECO, que financió sus actividades durante los años 2006, 2007 y 2008.

“El proyecto de organización y desarrollo de la medicina tradicional” de ASASTRAN fue ratificado por el Congreso General (máxima autoridad tradicional de la Comarca), en la

actualidad cuenta con el apoyo la Dirección de Asuntos Indígenas del MINSA, tiene una serie de objetivos:

Como objetivos generales:

- ✓ “Descubrir la propiedad curativa de las plantas naturales”.
- ✓ “Crear un programa de capacitación, para las tres regiones comarcales, capacitación para todos los médicos y personas interesadas en prestar servicios de salud tradicional y natural”.
- ✓ “Fomentar el aprovechamiento de este recurso, específicamente las plantas medicinales, plantas para obstetricias y otros”.

Como objetivo específico:

- ✓ “Recomendar la medicina tradicional milenaria, teniendo en cuenta que los agentes de salud deben conocer y aprovechar este recurso que se encuentra en la comunidad, a menor costo, y para el beneficio de la población *ngöbe* y del campesino de la Comarca”.

Este proyecto como vemos pretende divulgar y compartir estas prácticas de modo que puedan ser armonizadas con la medicina formal impartida en los centros de salud y a su vez sistematizarla definiendo las diferentes afecciones, sus causas y sus soluciones.

En cuanto a Ichi Druribo, la otra asociación *ngöbe* de médicos tradicionales, si es genuina de la Comarca. Esta inició sus pasos en 2002, el Maestro Vicente Taylor y Napoleón (botánico y líder de Ichi Druribo) elaboraron un proyecto para una ONG denominada Pies descalzos de Francia. Este proyecto constaba de tres lineamientos:

- Ichi Druribo trata de agrupar a médicos tradicionales, parteras y *sukias* de las todas las comunidades de la comarca.
- Ichi Druribo se encarga de recoger los saberes de los médicos tradicionales, intercambiarlo entre los sanadores tradicionales, validarlo entre ellos, compartirlo y enseñarlo a otros *ngöbes* y no *ngöbes*.
- Ichi Druribo trabaja para identificar todas las plantas que tienen como finalidad curar con el objeto de sembrarlas y de preservarlas para futuras generaciones, dándolas a conocer a cualquiera que este interesado.

Ichi Druribo considera que al igual que la medicina convencional se enseña en el sistema formal de salud, ellos podrían enseñar la medicina tradicional en instituciones educativas.

Ichi Druribo no dispone de personalidad jurídica (está en proceso de adquirirla), a diferencia de

ASASTRAN que si dispone de este reconocimiento jurídico. Ichi Druribo solo opera en una de las regiones de la Comarca, Ño Kribo, mientras que ASASTRAN opera en las tres regiones de la Comarca.

Tanto Ichi Druribo como ASASTRAN cobran una cuota a sus miembros. ASASTRAN cuenta con 1 sukia por cada región (hay 3 regiones en la Comarca), mientras que en Ichi Druribo no tienen sukias asociados.

Pero a pesar de las dificultades que encuentra la medicina tradicional y el no cumplimiento de las normas de armonización de la medicina tradicional con la medicina occidental, la medicina tradicional sigue siendo un recurso vivo en la comunidad. Según el personal sociosanitario entrevistado en la Comarca (La Dra. Debora Godart, el Dr. Stonetreet, la Dra. Liliana Garcia, el psicólogo Demetrio Santamaria, médicos y enfermeros del Centro de Salud de Soloy, de Bisira y de la Región Comarcal de Salud), los pacientes como primera opción siempre tienen la medicina tradicional y cuando el centro de salud no les cura acuden de nuevo a la medicina tradicional. Pero según los pacientes consultados esto no siempre es así, sobretodo en los casos que viven cerca de los centros de salud.

En el caso de los pacientes que viven cerca de un centro de salud, la tendencia observada es que suelen acudir a los centros de salud. Pero en el caso de los pacientes que viven más alejados de estos centros tienen como primera, y en algunos casos, única opción la medicina tradicional<sup>34</sup>.

La medicina tradicional es un recurso activo y utilizado por los moradores de la Comarca. Pero este recurso que no está incluido en el sistema formal de salud, a pesar de los marcos legales e institucionales de reconocimiento del estado panameño. Es clave insistir que una de las reivindicaciones históricas de los pueblos indígenas, recogidas en las cartas orgánico administrativas, es el reconocimiento efectivo (y no solamente formal) de la medicina tradicional de los pueblos originarios. En la Mesa de la Integración Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2013) se presentó un borrador para un plan de desarrollo de los pueblos indígenas al gobierno que insistía en uno de sus puntos en la incorporación de la medicina tradicional en los planes generales de atención de la población<sup>35</sup>.

En la Comarca Ngöbe-Buglé existen unos 250 médicos tradicionales integrados en las entidades de agentes de salud tradicional (según datos aportados por Ichi Druribo y ASASTRAN), 200 de ASASTRAN y 50 en Ichi Druribo, y existen otros muchos no integrados en

---

<sup>34</sup> Fuente: Entrevistas grupales e individuales realizadas a moradores de la Comarca, durante mayo de 2013 y septiembre de 2013.

<sup>35</sup> Artículo de Urania Cecilia Molina en el diario "La Prensa", "Entregan plan de desarrollo de los pueblos indígenas", 3-9-2013.

estas entidades. Es preciso redundar en el importante papel del médico tradicional como asistente sanitario en zonas de difícil acceso, pero incluso en comunidades más cercanas a la frontera con las provincias panameñas o a la carretera Interamericana, con mayores recursos e infraestructuras médicas, se sigue manteniendo un uso bastante extendido de la medicina tradicional (aunque en estos contextos de forma minoritaria).

Dentro de la medicina tradicional los botánicos, sukias o parteras que no están integrados en Ichi Druribo o ASASTRAN tienden a ser muy poco proclives a divulgar su conocimiento, sobretudo a actores o agentes que son considerados externos a la comunidad.

En la sociedad ngöbe el hombre ocupa el rol instrumental ligado al poder en el ámbito público, y la mujer el rol de cuidadora en el ámbito privado o doméstico. Por lo tanto la gran mayoría de los botánicos tradicionales o sukias son hombres. Según la tradición, Ngöbo (Dios) asignó las funciones a hombres y mujeres después de someterlos a prueba. Tras estas pruebas, al hombre le tocó ejercer el poder en la tierra y sobre las fuerzas sobrenaturales, por sus aptitudes demostradas.

Generalmente el liderazgo religioso y político lo ejercen los hombres, pero hay varias excepciones de mujeres que ejercen el liderazgo, existen líderes políticos femeninos, e incluso la máxima autoridad tradicional, la cacica general de la Comarca, es de género femenino: Silvia Carrera, e incluso existen médicos tradicionales de género femenino, botánicos mujer, e incluso hay constancia de la existencia de sukias mujer. En el año 1978 una encuesta socioeconómica (Davis 1978) identificó 869 mujeres ngöbes dirigentes, de las cuales un 21,8% eran sukias, un 18,8% eran maestras, 16,7% eran dirigentes religiosas, Y un 11,9% eran dirigentes políticos. El proceso de empoderamiento femenino en la Comarca es una interesante vía de investigación que no va a ser abordada por la presente investigación pero de gran interés para entender muchas de las transformaciones de la sociedad ngöbe desde la irrupción de Mama Chi (fundadora de Mama Tadta).

El rol femenino en la atención curativa no se reduce solo al cuidado familiar, incluso algunas mujeres ngöbes ejercen como prescriptor tradicional de salud. Las mujeres ngöbes están embarcadas en un proceso de empoderamiento y visibilización en la vida pública, prueba manifiesta de ello son las entidades como ASMUNG (Asociación de Mujeres Ngäbe Buglé) o a nivel nacional, COONAMUP (Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de Panamá). En ngäbere a las parteras se las denomina *Ni Nguibiaga*, literalmente quiere decir 'quién cuida', otros las nombran como *ngäbokre därebe tuaka kändi* quiere decir 'quien observa en el lugar al recién nacido', refiriéndose exclusivamente al momento del parto o al nacimiento. Pero el concepto preferido por las propias parteras es *Ni Nguibiaga*, quien cuida, por el fundamental rol de cuidadora que juega la mujer en la sociedad ngöbe, como un rol transversal cercano a la "economía de los cuidados" o a "la reproducción social" (Salazar de la Torre, 2011) y no exclusivamente vinculado a la reproducción humana. La visibilización del rol femenino en la salud es fundamental en la línea de lo señalado por María Dolores González y Carlos M.

Caravantes en el artículo: *Y sin embargo son ellas las que más hacen por la “Salud intercultural” dentro de Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (Caravantes y Gonzalez, 2006).

En la mitología ngöbe (Young, 1993) se identifican tres fuentes fundamentales de vida:

- ✓ El poder celestial: El sol mantiene la vida por el calor de sus rayos.
- ✓ El planeta: La tierra, el agua, las plantas y los animales son parte de la vida humana, fuente de alimentación.
- ✓ La mujer: Es la portadora potencial de un hijo y por extensión de la humanidad.

Otra iniciativa de gran relevancia cara a la promoción y el estudio de la medicina tradicional lo está desarrollando la Universidad Ngäbe Buklé, esta iniciativa fue impulsada por una fundación educativa: La Fundación Ngäbe Buklé. La Universidad tiene como proyecto de institución de educación superior intercultural ubicada en el territorio comarcal, en Quebrada Guabo. La Universidad está en proceso de integrar en sus planes docentes una titulación que la denomina como ‘Medicina Intercultural’, esta titulación pretende ser un modulo formativo en el que están presentes los dos sistemas médicos (el científico y el tradicional).

La Universidad Ngäbe Buklé es una universidad indígena intercultural con personal aborígen dirigidas a la población indígena pero que trata de armonizar ‘la tradición’ con ‘los avances contemporáneos’. La Universidad Ngäbe Buklé pretende integrar en su modelo formativo la ciencia, la tecnología y la cultura a través de la educación superior con respeto a la diversidad y al ‘buen vivir’.

En la actualidad la Universidad oferta las siguientes titulaciones (licenciaturas y maestrías-posgrados): Técnico en Desarrollo Sostenible y Ambiente, Licenciatura en Educación Bilingüe Intercultural (diseñada y en proceso de aprobación), el Técnico en Administración y Economía Comunitaria, y el Técnico en Gestión de Proyectos Comunitarios. Y teniendo pendiente diferentes titulaciones de ciencias sociales, ingenierías culturalmente adaptadas.

Esta Universidad tiene convenios con:

- Senacyt– FUNDACIÓN CULTURAL –UNGB.
- Fundación Mona.
- Microsoft.
- Universidad Rural de Colombia – FUNDAEC.
- MEDUCA Ministerio de Educación de Panamá.

La Universidad Ngöbe Buklé está en los primeros pasos para establecer una Carta de Cooperación Mutua y ser Centro Asociado de la Red de Universidades Interculturales Indígenas y Comunitarias de la Abya Yala, programa del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y del Caribe.

Pero a pesar de estas importantes y esperanzadoras iniciativas, la medicina tradicional no esta presente en los centros de salud comarcales. Las leyes que instituyen el deber de armonizar los diferentes sistemas de salud en el sector público comarcal no se implementan de facto.

## 9. La desigualdad multidimensional.

---

En la presente investigación se plantea que la desigualdad es un fenómeno integral, con diferentes dimensiones, económica, cultural y política, por lo tanto multidimensional, basado en el planteamiento tridimensional de la justicia de Nancy Fraser. Esta idea de la multidimensionalidad esta también inspirada en el concepto e indicador del PNUD, la pobreza multidimensional, basada por el enfoque de las capacidades.

En este epígrafe además de describir cuestiones teóricas se detalla la desigualdad en el contexto nacional y regional de referencia. Para describir la desigualdad se utilizan informes de organismos multilaterales e informes de organismos nacionales.

### ***9.1. Un balance ambivalente: crecimiento y desigualdad.***

Panamá ha destacado en los últimos años por su acelerado crecimiento, el más alto del continente, lo que junto a otros factores ha posibilitado avances en materia social y económica.

Panamá se ha visto inmerso así en un rápido y trepidante proceso de crecimiento. Pero este crecimiento que metafóricamente puede ser entendido como ‘una potente locomotora que va a toda velocidad’, también deja aspectos más oscurecidos: la incapacidad de resolver y conectar con importantes dimensiones de la sociedad panameña.

Esta incapacidad presenta problemas que dejan importantes cuestionamientos sobre el modelo de desarrollo, como son la distribución de la riqueza, la marginalidad, y el insuficiente reconocimiento de la diversidad y la diferencia. Todos estos factores están interrelacionados y componen partes sustantivas de lo que denominaremos ‘desigualdad multidimensional’.

En Panamá existe un reconocimiento de la especificidad cultural de los pueblos indígenas, pero es un reconocimiento afirmativo no transformador, es decir un reconocimiento formal que no tiene los efectos deseados. Un reconocimiento “sin participación como pares” (Fraser, 2009) y con una redistribución de recursos económicos deficiente. Siguiendo la terminología de Nancy Fraser en *Escalas de Justicia*, un reconocimiento fallido (*misrecognition*), con una injusticia distributiva o una “mala distribución” (*maldistribution*), y con una “representación fallida” (*misrepresentation*).

El modelo de desarrollo adoptado en Panamá es incapaz de conectar con las dificultades que sufren una parte de su ciudadanía, sus graves problemas de exclusión, la falta de reconocimiento efectivo de la diversidad. En este acelerado modelo de crecimiento existe una destacada desigualdad y una deficiente redistribución de la riqueza, con una alta tasa de pobreza. En zonas rurales la tasa de pobreza es alta, pero en las comarcas indígenas es elevadísima. Estas comarcas ocupan el 22,2% del territorio y tienen indicadores vitales comparables a Haití o a la África Subsahariana.

Por lo tanto existe un crecimiento que no es capaz de conectar con algunos de los sectores más desfavorecidos, ni conectar con la diversidad, ni con la diferencia, siendo estos factores subordinados por la dinámica de una potente maquinaria de desarrollo. Esta incapacidad de conectar con la pluralidad, la diversidad, la marginalidad es producto de un orden social que es incapaz de hacerse eco de cuestiones que se apartan de su lógica interna.

## ***9.2. La desigualdad en Panamá: mala distribución, discriminación y exclusión.***

La desigualdad es concebida por la presente tesis como la falta de equidad debida a la mala distribución de recursos, a la discriminación y a la exclusión.

Panamá es uno de los países más desiguales de América Latina. Al menos eso es lo que explicitan los datos publicados por el Banco Mundial y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), con un Índice Gini de 51,7 en 2013.

El fuerte crecimiento económico se ha traducido en la mejora de indicadores sociales. La tasa de pobreza cayó del 36,8% en 2000 hasta 25,8% en 2014. Aun así, la desigualdad se mantiene alta en Panamá y persisten los desafíos para la provisión pública de servicios sociales básicos como la luz, el agua, y las infraestructuras sanitarias o educativas en zonas rurales e indígenas. Estas carencias básicas son especialmente acuciantes en las comunidades indígenas, que tienen significativamente menos acceso a servicios básicos de educación, electricidad y saneamiento.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR) de la ONU, en el informe del año 2010 manifestaba su preocupación por la discriminación racial y sus causas históricas que han provocado la marginación, la pobreza y la vulnerabilidad de los afro panameños y de los pueblos indígenas. Asimismo, al CEDR le preocupa que no exista una disposición general que prohíba la discriminación por motivos de raza, y que tipifique como delitos los actos de discriminación racial, incompatible con el artículo 4 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial ratificado por Panamá (Fuente: *Compilación de observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial*



*sobre países de América Latina y el Caribe (1970-2006)*, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial).

El CEDR observa con preocupación las grandes disparidades económicas entre los distintos grupos étnicos, lo que afecta al cumplimiento de algunos compromisos sustanciales asumidos por el estado panameño en la Convención. También manifiesta su preocupación porque las poblaciones indígenas, afrodescendientes y asiáticas no disfruten de los plenos derechos reconocidos en la Convención.

A la luz del artículo 5 de la Convención, el CEDR observa con gran preocupación que en la gran mayoría de los casos, sigue sin resolverse la cuestión de los derechos de tierras de la población indígena. Y el estatus jurídico de las comarcas, según el CEDR, es ambiguo. Existe una baja participación de las poblaciones indígenas en los comicios y estos tienen una baja representatividad en las instituciones públicas. A estas deficiencias se une la falta de datos estadísticos detallados y desglosados sobre las poblaciones indígenas, por lo que en ocasiones no se puede supervisar si se están vulnerando sus derechos. Estos déficits constituyen una barrera para “la paridad de participación” (Fraser, 2009) y la equidad de los pueblos indígenas con el resto de grupos humanos.

También cabe destacar que el 98% de los jóvenes panameños encuestados en el Informe Nacional de Desarrollo Humano de 2014 (PNUD, 2014) creen que existe discriminación en Panamá. Un 33% por ser homosexual, un 22% por ser indígena, y un 21% por tener SIDA, entre otras razones. Por lo que son detectables importantes factores de exclusión y discriminación.

### ***9.3. Principales damnificados de la desigualdad en Panamá: las comarcas indígenas.***

Entre los problemas que afectan a los pueblos indígenas de Panamá se encuentran el alto índice de pobreza producto de la mala distribución de ingresos, la marginación y la exclusión social; la falta de oportunidades para la generación de ingresos y empleos; la desigual cobertura de los servicios básicos e infraestructura que resultan en índices alarmantes de desnutrición, mortalidad infantil y analfabetismo. Estos déficits dejan un saldo muy negativo en términos de condiciones de vida en las Comarcas.

Según las cifras de 2014 del Ministerio de Economía y Finanzas, la situación de pobreza y de pobreza extrema en la Comarca Ngäbe Buglé es alarmante, con 9 de cada 10 habitantes de la población comarcal en condiciones de pobreza o extrema pobreza. Además, en contraste con lo que experimenta la población en general, los niveles de pobreza entre los pueblos indígenas no han mejorado de forma sustancial en años recientes.

Panamá cuenta con un marco legal importante, que incluyen disposiciones constitucionales y leyes nacionales y comarcales.

Respecto a la educación de los pueblos indígenas y la educación intercultural y bilingüe, según el Relator Especial de la Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, el Itmo dispone de uno de los marcos más avanzados en el mundo (Anaya, 2014). Es relevante señalar que las cifras sobre los resultados escolares en las comarcas van mejorando, sin embargo, todavía existen disparidades significativas entre los miembros de pueblos indígenas y los no indígenas. Por ejemplo, los indígenas siguen asistiendo a la escuela en menores niveles que el resto de la población. En general, los niños indígenas tienden a permanecer en la escuela menos años que los niños de otros sectores de la población, permaneciendo las niñas menos tiempo que los varones. El promedio nacional de permanencia en la escuela es de 8,39 años, mientras en la Comarca Gunayala es de 4,34 años, en la Comarca Emberá Wounaan es de 4,32 años, y en la Comarca Ngäbe Buglé es de 3,54 años (Anaya, 2014). Además, los niveles de analfabetismo en las comarcas son mayores que el promedio nacional de 5,5%. En la Comarca Gunayala el promedio es del 28,3%, en la Comarca Ngäbe Buglé, 30,8 %, y en la Comarca Emberá Wounaan, 22,9 % (Anaya, 2014). Cabe destacar que los indicadores educativos han mejorado desde el año 2000, pero esto dato no es suficientemente alentador por la delicada situación socioeducativa que viven las comarcas.

Las condiciones de pobreza y pobreza extrema, los bajos niveles de educación, los escasos servicios de agua potable y saneamiento, y el aislamiento geográfico de muchas comunidades indígenas en Panamá afectan de manera negativa a las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Todo ello engloba unas circunstancias que dejan serios déficits en relación a las condiciones de vida, el bienestar y las capacidades de desarrollo de los habitantes de las Comarcas.

Según el Relator de Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas, en Panamá existen serios problemas relacionados con la implementación y la garantía de los derechos de los pueblos indígenas, sobre sus tierras y sus recursos naturales, el autogobierno y la participación, y los derechos económicos y sociales, incluyendo el desarrollo económico, la educación y la salud (Anaya, 2014).

#### ***9.4. Las capacidades y el enfoque de las capacidades como marco de análisis de las desigualdades.***

El enfoque de las capacidades nace en las políticas internacionales para el desarrollo, centrado especialmente en las naciones más pobres.

El enfoque de las capacidades está vinculado al Informe de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas elaborado por el PNUD (anual). En estos informes se utiliza el concepto de capacidades como un indicador más que como un concepto teórico. El IDH no incluye todas las dimensiones del concepto de las capacidades ya que tiene una orientación más pragmática, orientada exclusivamente a resultados. Los informes del PNUD sobre desarrollo humano presentan información comparativa para orientar y reorientar el debate sobre el desarrollo y las políticas correspondientes. El IDH es el resultado de una agregación ponderada de datos sobre la esperanza de vida, el desempeño educativo y el PIB per cápita.

La idea fuerza del enfoque de las capacidades es que no solo por la transferencia de recursos económicos se supera las condiciones de pobreza sino que existen otra serie de dimensiones sociales, políticas y culturales e incluso psicológicas que son fundamentales para superar ese estado de carencia o privación.

El enfoque de las capacidades, tanto en su versión comparativa como en la normativa, introduce la filosofía moral en la economía del desarrollo, aporta normas éticas y criterios de justicia.

##### **9.4.1. El concepto de las capacidades.**

A nivel teórico, el economista indio Amartya Sen tuvo un papel crucial en el diseño del concepto de capacidades. Amartya Sen concibe que la mejor manera de ver la pobreza sea verla como una falta de capacidad, y no solamente como un problema de escasez de bienes o, ni siquiera de renta o riqueza.

El trabajo de Sen sobre 'la falla de las capacidades' nació del análisis de las hambrunas en la India, con más de dos millones de fallecimientos, que le valieron el premio Nobel en 1988. En este trabajo puso de relieve que las hambrunas no son causadas exclusivamente por la escasez de alimento, sino que, también responden a la ausencia de capacidades en quienes las padecen y a la falta de oportunidades para obtener aquello que necesitan. La solución de este planteamiento iría dirigida a atender las fallas de capacidades de las poblaciones vulnerables,

proporcionándoles empleo y otras fuentes de garantía de acceso a artículos y productos de vital necesidad.

‘La capacidad’ es el término clave en el programa político y económico de Sen, teniendo un papel destacado en las siguientes obras: *Nuevo examen de la desigualdad* (1995) y *Desarrollo y libertad* (2000). Estas obras están dedicadas a recomendar el marco de las capacidades como espacio idóneo para realizar comparaciones sobre la calidad de vida y demostrar su validez frente a los enfoques utilitaristas y cuasirawlsianos.

El enfoque de las capacidades tiene una especial vinculación con la evaluación de la calidad de vida y la teorización sobre la justicia social básica. El enfoque tiende a entender a ‘la persona como un fin en sí mismo’, no se pregunta solo por el bienestar total o medio sino que también se pregunta por las oportunidades disponibles para cada ser humano. Este enfoque está centrado en la libertad, pues defiende que el bien crucial de las sociedades debería ser promover un conjunto de oportunidades, que en el fondo componen una serie de libertades sustanciales que se pueden o no llevar a cabo fruto de la libre elección. Este enfoque es decididamente pluralista, en cuanto a valores sostiene que las capacidades tienen una importancia central para las personas, y que se debe tener en cuenta una adecuada comprensión de la naturaleza específica de cada capacidad.

El enfoque de las capacidades se ocupa de las injusticias y de las desigualdades socialmente arraigadas, en especial aquellas ‘fallas u omisiones’ de capacidades que obedecen a la presencia de marginación o de discriminación. Este enfoque asigna una labor a las políticas públicas: mejorar la calidad de vida de todas las personas, una calidad de vida determinada por sus capacidades.

Un ‘funcionamiento’ es la realización activa de una o más capacidades. El funcionamiento comprende la operativización de las capacidades, mientras que las capacidades hacen mención a la potencialidad de operativizar algunas características presentes en los sujetos.

La capacidad de una persona hace referencia a las combinaciones alternativas de ‘funcionamientos’ que le resulta factible alcanzar. La capacidad viene a ser una especie de libertad, una libertad sustantiva de alcanzar combinaciones alternativas de ‘funcionamientos’. No son simples habilidades que residen en el interior de una persona, sino que incluyen libertades u oportunidades creadas por la combinación de estas facultades personales y el entorno político, social y económico.

Las características de las personas como los rasgos de su personalidad, sus capacidades intelectuales y emocionales, su estado de salud y de forma física, su aprendizaje interiorizado o sus habilidades de percepción y movimiento componen las capacidades internas. Estas

características de las personas que son fijas, fluidas y dinámicas, son rasgos de aptitudes entrenadas y desarrolladas, en muchos casos, en interacción con el entorno social, económico, familiar y político. La interacción del entorno con las características de la persona es lo que determinan sus capacidades.

Según Marta Nussbaum, una de las tareas que corresponde a la sociedad es apoyar el desarrollo de 'las capacidades internas', destacándolas como las capacidades más importantes (Nussbaum, 2008).

Las 'capacidades combinadas' se definen como la suma de las capacidades internas y las condiciones sociales/políticas/económicas en las que puede elegirse realmente el funcionamiento de aquellas.

Una persona adquiere una capacidad interna gracias a cierto 'funcionamiento' y puede perderla si carece de la oportunidad de 'funcionar', por lo tanto las capacidades internas y las condiciones sociales/políticas/económicas están íntimamente interrelacionadas.

Las capacidades básicas son las facultades innatas de la persona que hacen posible su posterior desarrollo y formación.

Las capacidades tienen valores en si mismas, entendidos como ámbitos de libertad y de elección. Promover las capacidades tiene como efecto promover 'áreas de libertad'. El enfoque de las capacidades dista de aquellas tradiciones en economía que miden el valor del conjunto de opciones en función del mejor uso que se pueda hacer de estas (teorías de la elección racional).

Los objetivos políticos de las políticas públicas van dirigidos a las capacidades no a los funcionamientos, puesto que las capacidades garantizan la existencia de un espacio para el ejercicio de la libertad humana. Las capacidades se pueden materializar en un 'funcionar' o no, en virtud de que el sujeto decida activar la capacidad o las capacidades correspondientes.

Las 10 capacidades centrales según Marta Nussbaum son (Nussbaum, 2008):

1. 'La vida'. Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
2. 'La salud física'. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada, y disponer de un lugar apropiado para vivir.

3. 'La integridad física'. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro. Estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica. Disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección libre en cuestiones reproductivas.
4. 'Los sentidos, la imaginación y el pensamiento'. Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, hacerlo de modo formado y cultivado por una educación adecuada que incluya (aunque ni mucho menos este limitada a) la alfabetización, la formación matemática y científica básica. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y actos religiosos, literarios, musicales o de índole parecida, según la propia elección. Poder usar la propiedad en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.
5. 'Las emociones'. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotros mismos, poder amar a quien nos ama y se preocupa por nosotros, y sentir duelo por su ausencia, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad significa, defender, a su vez, ciertas formas de asociación humana que pueden demostrarse cruciales en el desarrollo de aquella.)
6. 'La razón práctica'. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida. (Esta capacidad entraña la protección de la libertad de conciencia y de observancia religiosa.)
7. 'La afiliación'. Expresado en dos posibilidades:
  - a) El poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social, empatizar, ser capaces de imaginar la situación del otro u otra. (Proteger esa capacidad implica proteger instituciones que constituyen y nutren tales formas de afiliación, así como proteger la libertad de reunión y de expresión política.)
  - b) El disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos, que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás.Esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.
8. 'Otras especies'. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.
9. 'El juego'. Poder reír, jugar y disfrutar de las actividades recreativas.
10. 'El control sobre el propio entorno'.

a) Político. Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.

b) Material: Poder poseer propiedades (tanto muebles como inmuebles) y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas. Tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad de condiciones con las demás personas. Estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras.

Las diez capacidades se sustentan mutuamente entre sí en múltiples sentidos. Según Marta Nussbaum dos de estas capacidades centrales son, sin embargo, las que parecen desempeñar un papel arquitectónico diferenciado, pues organizan y tienen una presencia dominante sobre los demás: 'la afiliación' y 'la razón práctica'.

Fijar el umbral que definan las fronteras de estas capacidades centrales es una cuestión de cada nación y, dentro de ciertos límites, es razonable que los países aborden esa tarea de forma y modo distintos, con arreglo a la historia y a las tradiciones de cada país.

Dentro del enfoque de las capacidades Wolf y De-Shalit se introducen algunos conceptos nuevos que complementan los planteamientos de Nussbaum:

- ✓ “La seguridad de la capacidad”, las políticas públicas no deben limitarse a proporcionar una capacidad a las personas, sino que deben facilitársela de tal modo que puedan contar con ella cara a un futuro.
- ✓ “El funcionamiento fértil”, es aquel que tiende a favorecer a otras capacidades relacionadas (más de una capacidad).
- ✓ “Las desventajas corrosivas”, privaciones que tienen efectos especialmente amplios en diferentes facetas de la vida. Pueden afectar a varias capacidades.

El problema de medir las capacidades que combinan dimensiones filosófico-éticas más abstractas con dimensiones pragmáticas más concretas.

“La utilidad” es una orientación del enfoque de las capacidades, más antiguo y más utilizado. La finalidad de la utilidad en este enfoque es proporcionar una nueva lógica para una comparación y una ordenación correcta de los logros alcanzados en materia de desarrollo, dar una mayor orientación a resultados. La utilidad pretende hacer medibles y contrastables los resultados del enfoque de las capacidades por medio de indicadores.

Amartya Sen se centra normalmente en el uso comparativo de las capacidades. Pero, al mismo tiempo, cuando evalúa sociedades reales, destaca ciertas capacidades por considerarlas más importantes que otras, concretamente se refiere a la salud, a la educación, a la participación política, y a la no discriminación por razón de raza, religión o género.

Una de las aspiraciones del enfoque de las capacidades es ser objeto de un 'consenso entrecruzado' (Nussbaum, 2008), es decir que se interaccione con diferentes principios éticos y morales. El enfoque de las capacidades no debe recomendar ninguna doctrina ética por encima de las demás ni erigirse en ella.

El enfoque de las capacidades tiene una dimensión práctica, dirigida a resultados y difiere de los enfoques procedimentalistas por el que suelen decantarse los deontologistas, es decir tienen una orientación práctica y empírica más que una orientación exclusivamente ética.

Cualquier receta dirigida a superar los umbrales de las capacidades centrales de Nussbaum debe estar contextualizada, considerando en su seno la coyuntura cultural, política e histórica. En este sentido, el enfoque de las capacidades se presta a una detallada atención al respeto de la libertad de elección y a asegurarnos que protegemos los espacios dentro de los cuales las personas se expresan con arreglo a sus propias elecciones.

Amartya Sen a diferencia de Marta Nussbaum se centra en la educación, la salud, además de la igualdad de género. A Marta Nussbaum, con un listado más extenso y sustantivo de capacidades que tienen un carácter universal ('las 10 capacidades'), se le ha criticado por estar más sesgada a un conjunto de valores religiosos o culturales en detrimento de otros. Frente a estas críticas Nussbaum reivindica la pluralidad cultural de su enfoque. Según esta autora su lista de capacidades es producto de un proceso de argumentación y de debate normativo crítico, centrado en torno a la noción de la dignidad humana.

El enfoque de Nussbaum especifica componentes de esta lista de un modo un tanto abstracto y genérico, de manera que puedan obtener el respaldo de personas que sostengan concepciones muy diferentes del sentido y del fin último de la vida.

La labor del gobierno sería 'aupar' a todos los ciudadanos por encima del umbral de las 10 capacidades, pero los ciudadanos siempre pueden optar por su elección, tienen su 'zona de libertad'. El gobierno les brindaría a los ciudadanos la posibilidad de superar ese umbral pero son los propios ciudadanos los que deben elegir traspasarlo.



En *Disadvantage* (2007) de Jonathan Wolff y Avner De-Shalit se exponen argumentos en contra de reducir todos los elementos (capacidades y funcionamientos) a una sola escala numérica. 'La desventaja', según estos autores, es irreductiblemente plural y sus diferentes elementos varían en buena medida, de manera independiente entre sí, respecto a la riqueza y a la renta.

Wolff y De-Shalit proponen que la atención se centre no sólo en la presencia o la ausencia de capacidades clave, sino que también en la seguridad de estas, es decir en la expectativa que la capacidad seguirá existiendo mañana.

Wolff y De-Shalit recomiendan que se estudien como se agrupan las desventajas, como una conduce a otra (en el caso de 'las desventajas corrosivas') y, al mismo tiempo, cómo unas capacidades concretas pueden ser particularmente fértiles a la hora de abrir puertas a otras.

#### **9.4.2. Otros enfoques para analizar la desigualdad.**

El enfoque de las capacidades se diferencia en gran medida de los enfoques basados en los ingresos y el consumo como “el enfoque del PIB”.

El enfoque del PIB constituye el modelo reinante en la economía del desarrollo. Mide el progreso de los países fijándose en su crecimiento económico, tal como es reflejado en el crecimiento del PIB per cápita. Este enfoque tiene la ventaja que el PIB es relativamente fácil de medir ya que el valor monetario de los bienes y de los servicios posibilita la comparación de cantidades de tipos diferentes. Además el PIB es un indicador transparente, es complicado que los países maquillen estos datos.

Pero hay muchos estudios que muestran que el crecimiento del PIB en muchas ocasiones no se traduce en una mejora en la vida de amplios sectores de la sociedad. Jean Dreza y Amartya Sen (2002) realizaron diferentes investigaciones en varios estados indios demostrando que el crecimiento económico no mejora automáticamente la calidad de vida en ámbitos importantes como son la salud y la educación. En el caso de China e India, en los últimos setenta años, evidencian que el crecimiento del PIB no está correlacionado con el surgimiento de la libertad política. India ha arrojado resultados sensiblemente peores que China en el crecimiento del PIB, sin embargo India es una democracia asentada en la que se protegen las libertades fundamentales, en cambio China no.

Los rankings que se reflejan en los Informes de Desarrollo Humano (IDH) realizados por el PNUD, que toman en consideración factores como la salud y la longevidad, muestran diferencias con los ranking medidos por el PIB por habitante. EE.UU es el primer país en PIB por habitante pero es el decimosegundo en cuanto a IDH, su puesto es incluso más bajo en algunas ‘capacidades humanas’.

El PIB por habitante es tomado como una medida para medir la calidad de vida de los habitantes de un país, pero este análisis tiene muchos problemas. En febrero de 2008, Nicolás Sarkozy, Presidente de la República Francesa, insatisfecho con el estado de la información estadística sobre economía y sociedad, solicitó a Joseph Stiglitz (Presidente de la Comisión), Amartya Sen (Consejero) y Jean-Paul Fitoussi (Coordinador) que establecieran una Comisión que adoptó el nombre de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social (CMPEPS, en sus siglas francesas). Se le encomendó la misión de determinar los límites del PIB como indicador de los resultados económicos y del progreso social, reexaminar los problemas relativos a la medición, identificar datos adicionales que pudieran ser necesarios para obtener indicadores del progreso social más pertinentes, evaluar la viabilidad de nuevos instrumentos de medición y debatir sobre una presentación adecuada de

los datos estadísticos. Esta Comisión elaboró *El Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social* y es conocida a día de hoy como 'La Comisión Stiglitz'.

La Comisión Stiglitz sugiere que la renta familiar media parece un parámetro más pertinente para conocer el auténtico nivel de vida de las personas, el incremento del PIB no tiene una correlación muy elevada con el incremento de la renta familiar media, sobretodo en un mundo globalizado, donde los inversores extranjeros pueden repatriar beneficios sin que estos contribuyan al poder adquisitivo de los ciudadanos y las ciudadanas del país. Un mensaje clave de la Comisión Stiglitz es que ha llegado la hora de que los sistemas estadísticos se centren más en la medición del bienestar de la población que en la medición de la producción económica, y que es conveniente que dichas mediciones del bienestar se restituyan en un contexto de sustentabilidad.

Unido a las recomendaciones de la Comisión Stiglitz hay que añadir que el PIB no recoge la depreciación de los bienes de capital por lo que es insuficiente para medir la situación real de los países y su bienestar.

El enfoque del PIB no presta atención a la distribución y puede otorgar notas altas a países con grandes desigualdades. Este enfoque no recoge información sobre la calidad de vida de los más pobres. El PIB es un índice que no incluye información sobre los diferentes apartados de la vida humana como la salud, la longevidad, la educación, la seguridad física, los derechos, la calidad medioambiental, las oportunidades de empleo, de ocio, etc.

Otro enfoque económico muy frecuente es el "utilitarista" que mide la calidad de la vida fijándose en la utilidad total o media de está, entendiendo la utilidad como la satisfacción de las preferencias. El problema de este enfoque es que un país puede tener un promedio de satisfacción alto si a muchos de sus habitantes les va bien, sin decir nada de los que les va mal. El enfoque utilitarista sugiere unidad y conmensurabilidad, allí donde la vida real evoca diversidad e inconmensurabilidad. Dentro del enfoque 'utilitarista' podemos destacar algunos planteamientos: "La preferencia como satisfacción" (Bentham) o como "elección" (*Internal Consistency Choice*).

Admitiendo que la utilidad tiene dimensiones plurales, John Stuart Mill propuso distinciones cualitativas dentro del ámbito de la utilidad.

Una importante crítica a este enfoque utilitarista vino de Amartya Sen y John Elster. Esta crítica se centraba en la maleabilidad social de las preferencias y las satisfacciones, las preferencias no son innatas y perennes y responden a condiciones sociales.

Es importante señalar la importancia del enfoque de los derechos. En el caso de los pueblos indígenas la reivindicación del cumplimiento de las leyes y de las legislaciones más progresivas que recojan sus demandas es una de las formas más importantes de acción política entre los pueblos originarios de Latinoamérica y Panamá.

Pero el enfoque de los derechos tiene una dificultad: la ambigüedad del significado de los derechos. ¿Qué significa el derecho a la educación?, ¿derecho al acceso, a la conclusión, a educación de calidad?, etc, ¿se une el costo económico?, un planteamiento ambiguo puede conducir a relativizar el contenido normativo de este enfoque. Hay diferentes formas de hacer frente a esta deficiencia, uno es identificar aquellos aspectos que tienen un 'especial' valor, esta aproximación tiene la dificultad que es difícil de implementar por la amplia gama de condiciones socioeconómicas y culturales presentes en los diferentes contextos, dadas estas dificultades se plantea la necesidad de un 'diálogo social' que de respuesta a estos interrogantes. El problema es que algunos aspectos pueden ser difíciles de operativizar. Otra forma, es captar estas preferencias por medio de estudios, encuestas y estudios cualitativos, en este caso puede surgir el problema que surjan diferentes dimensiones de la pobreza que sean relevantes para un grupo pero no para otro.

Como último planteamiento diferente del enfoque de las capacidades vamos a destacar "el enfoque basado en los recursos", este vendría a destacar que un país es mejor cuando más recursos dispone, siempre y cuando los distribuya igualitariamente entre todos los habitantes. El problema de este enfoque es que no tiene en cuenta las diversas situaciones y condiciones de los ciudadanos.

### **9.5. *Un acercamiento multidimensional a la desigualdad. Las escalas de justicia: redistribución, reconocimiento y representación, como las dimensiones económicas, culturales y políticas de la desigualdad.***

Panamá es una sociedad pluricultural y pluriétnica con problemas no solo de redistribución de la riqueza, también existe un insuficiente reconocimiento de su diversidad cultural. Al existir una comunidad política tan heterogénea es necesario articular políticas de reconocimiento entre los diferentes grupos culturales y étnicos.

En Panamá cohabita un estado con una administración política moderna junto a unas comarcas indígenas donde persisten criterios y conceptos políticos de sociedades precolombinas que provienen de tradiciones intelectuales ancestrales.

En los Estados modernos existía la idea que estos albergaban una comunidad política culturalmente homogénea, o bien el estado-nación tendía a homogeneizar a sus poblaciones. Este modelo ha sido puesto en cuestión por la multiculturalidad y la emergencia de diferentes realidades sociales y políticas que desbordan ese marco.

Panamá es una sociedad con un alto grado de diversidad cultural, denominada ‘el crisol de razas’ por la presencia de multiplicidad de grupos étnicos y culturales por lo que plantear soluciones que homogenizan las diferentes culturas, a modo de ‘multiculturalismo de la diferencia’, como unidades intrínsecamente coherentes, como bloques claramente diferenciados, a modo de “multiculturalismo central” (Fraser, 2009), puede ser una forma no adecuada de integrar esas diferencias. Se deben articular políticas que reconozcan la diversidad y que a su vez garanticen la igualdad, entendiendo que estas políticas se pueden armonizar y trabajar en un mismo sentido.

El concepto general de la justicia que hay en el presente propuesta correspondería a lo que Nancy Fraser denomina “paridad de participación” (Fraser, 2009). Desde este planteamiento la justicia necesariamente requiere acuerdos sociales que permitan participar como pares a todos y a todas en la vida social. Superar ‘la injusticia’ implicaría dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios de pleno derecho en la interacción social.

Las estructuras económicas que niegan los recursos precisos para interaccionar con los demás como pares generan una ‘injusta distribución’ o una ‘mala distribución’ (*maldistribution*). La mala distribución corresponde a la dimensión económica de la justicia.

Las personas también pueden verse impedidas a interactuar en condiciones de paridad por jerarquías institucionalizadas de valor cultural, que les niegan la posición adecuada. En este caso sufren una 'desigualdad de estatus' o un 'reconocimiento fallido' (*misrecognition*). Este es un problema de 'el orden del estatus' que corresponde a la dimensión cultural de la justicia.

'El reconocimiento fallido' no se puede reducir a un efecto secundario de la mala distribución, como manifiestan algunas teorías economicistas de la justicia distributiva, ni a la inversa, la 'mala distribución' pueda reducirse a una expresión epifenoménica de un 'reconocimiento fallido', como expresan algunas teorías culturalistas.

Se pueden analizar dos tipos de planteamientos, unos que dan prioridad a la dimensión económica de la desigualdad y otros que dan prioridad a la dimensión cultural de la desigualdad:

- Hay planteamientos que analizan como las desigualdades económicas son fruto de las injusticias económicas. Entre los planteamientos que han trabajado esta polémica podemos destacar la teoría marxista de la explotación capitalista, la teoría de John Rawls de la justicia como equidad en la elección de los principios que han de gobernar la distribución de los "bienes primarios" (Rawls, 1995), y la teoría de Ronald Dworkin en el sentido de que lo requerido sería la 'igualdad de recursos' (Dworkin, 1994).
- Otro planteamiento entiende que las desigualdades culturales son un efecto de las injusticias culturales arraigadas en los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación. Los ejemplos de este tipo de injusticia incluyen 'la dominación cultural', estar sujeto a patrones de interpretación y comunicación asociados con otra cultura, extraños u hostiles a los propios; el no reconocimiento, hacerse invisible a través de prácticas representativas, interpretativas y comunicativas en la cultura mayoritaria; y el irrespeto, ser calumniado o menospreciado habitualmente en las representaciones culturales públicas estereotipadas o en las interacciones cotidianas.

La distinción entre la injusticia económica y la cultural es, desde luego, una distinción analítica. En la práctica, las dos se entrecruzan. Incluso las instituciones económicas más materiales tienen una dimensión cultural constitutiva, irreducible; están atravesadas por significaciones y normas. Análogamente, aun las prácticas culturales más discursivas tienen una dimensión político-económica constitutiva, irreducible; están atadas a bases materiales. Lejos de ocupar dos esferas herméticas separadas, la injusticia económica y la cultural se encuentran, por consiguiente, usualmente entrelazadas de modo que se refuerzan mutuamente de manera dialéctica. Las normas culturales injustamente parcializadas en contra de algunos están institucionalizadas en el Estado y la economía; de otra parte, las desventajas económicas

impiden la participación igualitaria en la construcción de la cultura, en las esferas públicas y en la vida diaria. A menudo, el resultado es un círculo vicioso de subordinación cultural y económica.

La solución para la injusticia económica es algún tipo de reestructuración político-social. Esto puede implicar la redistribución del ingreso, la reorganización de la división del trabajo, el someter la inversión a decisiones democráticamente adoptadas, o la transformación de otras estructuras económicas básicas. Aunque estas diversas soluciones difieren entre sí de manera importante, estas, siguiendo los términos de Fraser, están recogidas bajo el término genérico de 'redistribución'. Los insuficientes recursos que cuentan los médicos tradicionales a pesar de ser reconocidos en las leyes como un actor fundamental de la salud pública en la Comarca Ngäbe Buglé constituyen un ejemplo de 'mala distribución'.

La solución para la injusticia cultural, por el contrario, es algún tipo de cambio cultural o simbólico. Esto podría implicar la revaluación de las identidades irrespetadas y de los productos culturales de los grupos menospreciados. Podría implicar reconocer y valorar positivamente la diversidad cultural. De manera más radical aún, podría implicar la transformación total de los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación, creando cambios en la autoconsciencia de todos. Aunque estas soluciones difieren entre sí de manera importante, desde la terminología de Fraser se recogen todo este grupo de soluciones con el término genérico de 'reconocimiento'.

La falta de consideración de los médicos tradicionales en el sistema formal de salud bien por falta de sensibilización del personal biomédico o bien por falta de voluntad política para integrarlos en el sistema público formal constituye una expresión de 'reconocimiento fallido', entendiendo en muchos casos a los médicos tradicionales como sujetos irracionales y primitivos, o ignorándolos.

Una forma característica de discriminación vendría dada por el eurocentrismo:

[...]Un aspecto importante del racismo es el eurocentrismo: la construcción autoritaria de normas que privilegian rasgos asociados con 'ser blanco'. Al lado de esto va el racismo cultural: la difundida devaluación y menosprecio de las cosas codificadas como 'negras', 'morenas' y 'amarillas', paradigmática, pero no exclusivamente, las personas de color. Esta depreciación se expresa en un conjunto de lesiones de las que son víctimas las personas de color, entre ellas las representaciones estereotipadas denigrantes que las presentan como criminales, bestiales, primitivas, estúpidas y demás; la violencia, el acoso y el menosprecio con todas las esferas de la vida cotidiana; la sujeción a las normas eurocéntricas en relación con las cuales las personas de color aparecen como inferiores o marginales y que obran en su desventaja, aun en la ausencia de la intención de discriminarlas; la exclusión o marginación de las esferas públicas y los cuerpos deliberantes; y la negación de sus plenos derechos legales, así como de una igual protección[...] (Fraser en "Escalas de justicia", 2009)

Hay perspectivas y autores que diferencian las reivindicaciones de la redistribución y el reconocimiento porque incluyen planteamientos irreconciliables, como alternativas mutuamente excluyentes. Algunos defensores de la primera, como Richard Rorty, Brian Barry y Todd Gitlin, insisten en que la política de la identidad es una versión contraproducente de las cuestiones económicas reales, que 'balcaniza' los grupos y rechaza unas normas morales universalistas. Para ellos, el único objeto adecuado de la lucha política es la economía. A la inversa, algunos defensores del reconocimiento, como Iris Marion Young, insisten en que una política de redistribución que haga caso omiso de las diferencias puede reforzar la injusticia, universalizando en falso las normas del grupo dominante, exigiendo que los grupos subordinados las asimilen, sin reconocer (en grado suficiente) los aspectos característicos de éstos (Marion Young, 2000). Según estos últimos el objeto político privilegiado es la transformación social por el reconocimiento de la diferencia.

Pero hay una tercera dimensión que es la política, matizando que en términos generales la distribución y el reconocimiento son políticos, es decir 'todo es político', en especial todo lo que afecta al poder y a lo público. Pero en un sentido particular, podemos hablar de estructuras de poder que impiden a los sujetos interactuar en condiciones de paridad, cuando definen de forma excluyente quienes pueden participar de la justa distribución y del reconocimiento mutuo (y quienes no pueden). Esta dimensión nos remite a la naturaleza de la jurisdicción del Estado y a las reglas de decisión con las que se estructura la confrontación. Al establecer las reglas de decisión, la dimensión política establece los procedimientos para escenificar y resolver los conflictos de las dimensiones económica y cultural.

Podemos hablar de dos formas de injusticia política: 'la representación fallida' y 'el des-enmarque'.

- ✓ El caso de 'la representación fallida' se manifiesta cuando los límites políticos o las reglas de decisión funcionan injustamente negando a determinadas personas la posibilidad de participar en paridad con otras en los diferentes terrenos (económico, político o cultural). 'La representación fallida' se da cuando los límites políticos o las reglas de decisión funcionan injustamente negando a determinadas personas la posibilidad de participar en paridad con otras en una interacción social determinada, en este caso se entrelaza con un 'reconocimiento fallido' (*misrecognition*) y con una 'mala distribución' (*maldistribution*).
- ✓ El caso del 'des-enmarque' (*disframing*) responde a una cuestión de 'fronteras', cuando las fronteras que delimitan a la comunidad política ('el marco westfaliano') excluyen injustamente a determinadas personas por no formar parte de los miembros de esa comunidad. Por lo tanto no puede participar en cuestiones de distribución, reconocimiento, ni representación político-ordinaria.



En el caso de los médicos tradicionales en la Comarca Ngäbe Buglé, compondría un caso de 'representación fallida' (*misrepresentation*) porque a pesar de ser incluidos en las leyes como un actor fundamental de la salud pública en la Comarca (están incluidos en el marco legal, no hay un problema de des-enmarque) estos no participan en el sistema formal de salud, no atienden a los pacientes en los centros de salud, no trabajan de forma complementaria o alternativa con el personal sociosanitario de los centros de salud. No se fusionan, ni se armonizan las 'dos medicinas'. A su vez, no disponen de fondos ni de recursos económicos a pesar de ser reconocida su labor como prescriptores públicos de salud, 'mala distribución', ni son reconocidos como médicos por el personal sociosanitario de los centros de salud, 'reconocimiento fallido'.

Por lo tanto los médicos tradicionales son un ejemplo de desigualdad multidimensional: mala distribución (*maldistribution*), reconocimiento fallido (*misrecognition*) y representación fallida (*misrepresentation*).

## ***9.6. De la pobreza multidimensional a la desigualdad multidimensional.***

En el presente apartado se analiza uno de los indicadores utilizados para medir la pobreza, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) basado en el enfoque de capacidades, proponiendo la teoría multidimensional de la justicia social de Fraser como un nuevo marco teórico que puede complementar el IPM con el objeto de detectar las inequidades y la discriminación que sufren las minorías culturales.

Existe un consenso en la necesidad de que los países dispongan de mediciones multidimensionales de la pobreza con la finalidad de contar con información complementaria a la obtenida por métodos convencionales que se basan exclusivamente en los ingresos monetarios. Orientando esta perspectiva hacia indicadores que provean una visión multidimensional del progreso social, en la que el bienestar se vincule al desarrollo sostenible (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2010).

Desde este planteamiento multidimensional no se concibe a la pobreza como un estado de carencia o necesidad, sino una situación de falta de acceso a los derechos básicos y de negación de ciudadanía.

El enfoque de las capacidades es crítico con las perspectivas que solo tienen en cuenta los recursos monetarios ya que no brindan información sobre lo que las personas hacen o pueden hacer con estos recursos. Las capacidades indicarían las posibilidades o los grados de libertad que las personas tienen para alcanzar determinados 'funcionamientos', como estar bien nutrido, obtener empleo y educación, o vivir sin sentimientos de humillación ni vergüenza. La pobreza es la incapacidad de lograr ciertos funcionamientos básicos.

Otro problema que tienen los planteamientos de la pobreza en relación a la disposición de recursos monetarios es que se identifica la pobreza en función de su relación con el mercado, con su adquisición de bienes en el mercado, no contabilizando los bienes públicos como educación, sanidad, infraestructura básica. En el caso de los indígenas, las formas de vida, los saberes y los conocimientos tradicionales, el autoconsumo, la colectivización de las tierras, la agricultura de subsistencia, etc, no se puede 'monetarizar' por lo tanto no se contabiliza, lo que hace que en ocasiones solo se les entienda como sujetos de necesidades.

En definitiva la incorporación de 'aspectos no monetarios' facilitaría una información más exacta de la situación real de la pobreza, identificando de forma más efectiva las políticas que han tenido más éxito en la reducción de la pobreza.

La medición multidimensional de la pobreza consiste en evaluar si las personas alcanzan mínimos de bienestar en cada una de las dimensiones consideradas, utilizando información desagregada de encuestas de hogares y censos de población.

Para implementar el índice de pobreza multidimensional se necesita: seleccionar las dimensiones del bienestar que se va a evaluar, identificar los indicadores que representan dichas dimensiones, fijar los umbrales mínimos para cada indicador y, eventualmente, combinar los resultados obtenidos en las distintas dimensiones en un indicador sintético.

Pero se hace necesario seleccionar las dimensiones, los indicadores y los umbrales que se requiere definir. Se necesita un enfoque normativo, pero esto no es tarea fácil ya que no hay argumentos suficientes para afirmar la superioridad intrínseca de un planteamiento sobre los demás por la amplia variabilidad de contextos que incluye el análisis. Esto implica que no hay una única solución aplicable a todos los contextos, para la selección de dimensiones, indicadores y umbrales.

Por otra parte los censos como las encuestas de hogar disponen de una información insuficiente para diseñar los indicadores de la pobreza multidimensional. Por ejemplo, en educación, se cuenta con indicadores de acceso de la población en edad escolar, pero no sobre las competencias de alfabetización de los adultos. En el ámbito de la vivienda se dispone prácticamente de las mismas variables, y existen categorías desfasadas contenidas en los censos desde los años ochenta. La información presente en el indicador puede dar cuenta de una dimensión y no de otra, por ejemplo la asistencia escolar no es por sí sola garante de un nivel adecuado de educación.

Una vez seleccionadas las dimensiones, los indicadores y los umbrales, se requiere pasar a la etapa de discriminar que valores tienen mayor importancia. En esta fase se asigna un peso (o importancia relativa) a cada una de las dimensiones y se establecen puntos de corte para diferenciar a los pobres de los no pobres.

Para determinar la pobreza, siguiendo el sistema del NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) se puede identificar el número de privaciones críticas y seleccionar los que superan un umbral determinado. Pero el sistema del NBI genera dos problemas:

- Un problema del sistema NBI es “el de la unión” (CEPAL, 2013), es decir que al utilizar una amplia gama de indicadores para detectar la población pobre y vulnerable, pueden existir casos que a pesar de tener ciertas privaciones no sean pobres. Se pueden incluir como poblaciones vulnerables una serie de perfiles que teniendo una serie de carencias aún no son pobres.

- Otro problema del sistema NBI es el “enfoque de la intersección” (CEPAL, 2013), en el caso de solo considerar como pobre y vulnerable a aquellos que tengan todas las privaciones. En este caso el riesgo es el contrario ‘al de la unión’, por no incluir como pobres a personas que sí lo son. Es decir desde ‘el enfoque de la intersección’ se puede excluir de la categoría pobre a población que sufre graves carencias al no tener todas las privaciones.

Según los objetivos de un determinado proyecto se puede incluir un criterio u otro. “El de la unión” en caso de querer aumentar el sistema de protección social, o si al contrario se pretende ser más eficaz, ir dirigidos a situaciones de pobreza severa se empleará “el de la intersección”.

Es importante señalar las dificultades que tiene distinguir la pobreza multidimensional en las situaciones concretas. El procedimiento de contabilizar siempre tiene sus limitaciones aunque se puede depurar para encontrar fórmulas lo más eficaces posible, en función del contexto de estudio o de intervención. Como por ejemplo se puede establecer el umbral de 2 o más privaciones para ser pobres.

Otra forma de afrontar metodológicamente la pobreza multidimensional, consiste en formular un conjunto de propiedades deseables para los indicadores de pobreza y desarrollar los indicadores que las satisfagan. En este grupo se inscriben propuestas como las de Bourguignon y Chakravarty (2003) y Alkire y Foster (2009).

El índice de pobreza multidimensional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) fue encargado a la Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) con el fin de disponer de información complementaria para el seguimiento de la meta de reducción a la mitad de la extrema pobreza propuesta en la Cumbre del Milenio. Del enfoque de las capacidades surgió el concepto de pobreza multidimensional que Sabine Alkire operativizó desde el OPHI (Oxford Poverty & Human Development Initiative) para el PNUD.

A diferencia de otros índices multidimensionales usados por el PNUD, como los de desarrollo humano y pobreza humana, este índice ‘no es un agregado de agregados’ (un indicador de otros indicadores), sino que añade dimensiones al nivel de cada hogar (y por tanto requiere trabajar al nivel de los microdatos de las encuestas de hogares).

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es una medida de pobreza aguda, que refleja carencias en el acceso a servicios básicos y en funcionamientos clave de las dimensiones de la educación, la salud y el nivel de vida para la población de 104 países. Varios de estos países están en América Latina y el Caribe, como Panamá. Las dimensiones de este índice fueron

seleccionadas a partir de criterios como ‘la parsimonia’ (la medida monetaria de 1 dólar diario, usada por el Banco Mundial), el consenso (la educación, la salud y el estándar de vida) y la inclusión de los aspectos instrumentales e intrínsecos del desarrollo humano (Alkire y Santos, 2010).

La unidad de análisis del IPM es el hogar, por lo que se asume que las privaciones abordadas por todos los integrantes del hogar, evita la necesidad de emplear umbrales distintos para cada individuo del hogar. Las personas son clasificadas como pobres cuando residen en hogares que tienen tres o más privaciones.

<b>DIMENSIONES, INDICADORES, UMBRALES Y PESOS DEL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL DEL PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) Y OXFORD POVERTY &amp; HUMAN DEVELOPMENT INITIATIVE (OPHI)</b>			
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Umbrales La persona está privada si...</b>	<b>Peso relativo</b>
Educación	Años de escolaridad completos	...ningún miembro del hogar completó cinco años de educación.	16,7%
	Asistencia de los niños a la escuela	...al menos un niño en edad escolar (hasta grado 8) no asiste a la escuela.	16,7%
Salud	Nutrición	...al menos un miembro del hogar está desnutrido.	16,7%
	Mortalidad infantil	...uno o más niños del hogar han muerto.	16,7%
Estándar de vida	Electricidad	...no tiene electricidad.	5,6%
	Saneamiento	...no tiene acceso a saneamiento adecuado.	5,6%
	Agua	...no tiene acceso a agua potable.	5,6%
	Piso	...habita una vivienda con piso de tierra.	5,6%
	Combustible para cocinar	...usa combustible contaminante (estiércol, leña o carbón) para cocinar.	5,6%
	Bienes	...no tiene auto, camión ni vehículo motorizado y posee solo uno de los siguientes bienes: bicicleta, motocicleta, radio, refrigerador, teléfono o televisor.	5,6%

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Sabine Alkire y Maria Emma Santos, “Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries”, *OPHI Working Paper*, N° 38, 2010

Un segundo ejemplo es el Índice Multidimensional de Pobreza de Colombia (IMPC), elaborado en 2011 por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). En este caso, para la selección de las dimensiones y la definición de los indicadores y sus umbrales, se consideraron como criterios:

- ✓ Las dimensiones y variables clave de distintos índices multidimensionales de pobreza y bienestar nacionales e internacionales.
- ✓ Las prioridades establecidas en la Constitución del país.
- ✓ Las variables relevantes consideradas en el estudio cualitativo *Voces de los pobres de Colombia* (Arboleda, Petesch y Blackburn, 2004).
- ✓ Los umbrales de la Cumbre del Milenio.

- ✓ La política social del país, dándose preferencia a variables que pudieran ser afectadas por la política social.
- ✓ La disponibilidad de información en una sola fuente.

El índice de pobreza multidimensional de México contempla dos dimensiones, una de derechos (carencias) y otra de bienestar (ingresos). La medición de los derechos se hace mediante seis indicadores: el rezago educativo, el acceso a los servicios de salud, el acceso a la seguridad social, la calidad y los espacios de la vivienda, los servicios básicos de la vivienda y el acceso a la alimentación.

#### TIPOLOGÍA DE POBREZA BASADA EN EL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL DE MÉXICO

Derechos y bienestar	Hogares con carencias	Hogares sin carencias
Hogares pobres por ingresos	Pobres multidimensionales	Vulnerables por ingreso
Hogares no pobres por ingresos	Vulnerables por carencia social	No pobres y no vulnerables

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), “Informe de pobreza multidimensional en México 2008”, 2010.

El problema de seleccionar a los hogares como unidad de análisis es que no todos disponen de los mismos recursos y del mismo poder en el hogar (relaciones de género)

Importante:

- ✓ Tener en cuenta las limitaciones. La medición multidimensional de la pobreza requiere tomar una serie de decisiones para las cuales no siempre se cuenta con marcos teóricos o evidencia empírica que las sustenten, para ello es fundamental mantener un diálogo con las instituciones y los actores sociales relevantes.
- ✓ Consensuar la medición con las autoridades, apoyo institucional.
- ✓ Revisar y afinar las fuentes de información existentes, encuestas de hogar y censo.

En el caso panameño hay dos mediciones de la pobreza, una que se fija en los ingresos y en el consumo: la tasa de pobreza y la tasa de indigencia, aplicada por el Ministerio de Economía y Finanzas en sus informes de *Pobreza e Indigencia*, y otra es el Índice de Pobreza Multidimensional (IPH) que se ha aplicado por primera vez en 2015 en el *Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015*.

En el caso de “la tasa de la pobreza” (MEF, 2014), en Panamá, esta viene determinada por la disposición del ingreso mínimo para poder abarcar el costo de la canasta básica de consumo de alimentos, de productos y servicios básicos (141,53 USD en el caso urbano, 105,19 USD en el caso rural. MEF, marzo 2014). “La indigencia” vendría determinada por el no disponer del

ingreso necesario para asumir el costo de la canasta básica de consumo de alimentos (69,46 USD en el caso urbano, 58,78 en el caso rural. MEF, marzo 2014).

Pero en el caso de la Comarca existe la necesidad de contar con una medición acorde con su realidad, es decir analizar los ingresos y consumo desde sus prácticas cotidianas, dado que la información y los indicadores con que se orienta la metodología no toman en cuenta los hábitos de consumo y las características propias de estas comunidades. En la Comarca Ngäbe Buglé están generalizadas economías no monetarizadas, de ‘autoconsumo’, es decir consumen lo que les pertenece, ya que las tierras son colectivas. En este tipo de economías es muy difícil calcular un valor numérico de los productos consumidos, y en muchas ocasiones el valor está determinado por la asignación monetaria que el encuestado da a los productos cosechados para la alimentación en el hogar (en definitiva hay un claro sesgo).

“La pobreza multidimensional” en Panamá (PNUD, 2015) es definida por tener 3 o más carencias. Entendiéndose como “vulnerables o cerca de entrar en pobreza” (PNUD, 2015) a los que sufren 2 o 3 carencias.

Las ‘carencias’ según el PNUD son los siguientes (PNUD, 2015):

- ✓ Población con baja escolaridad (menos de 6 años).
- ✓ Población en edad escolar que no asiste a la escuela.
- ✓ Mortalidad declarada en los hogares.
- ✓ Acceso a agua.
- ✓ Acceso a electricidad.
- ✓ Combustible.
- ✓ Tipo de Piso.
- ✓ Saneamiento.
- ✓ Bienes del hogar.

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples privaciones individuales en materia de educación, salud y nivel de vida. Este índice utiliza microdatos de encuestas o censos. Todos los indicadores necesarios para construir el IPM deben provenir de la misma fuente. Este índice se está calculando por primera vez en Panamá a partir de los datos del Censo 2010, que permite calcular 9 de los 10 indicadores.



Fuente: PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015.

El indicador de la pobreza multidimensional es el IPM (Índice de Pobreza Multidimensional, presente en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015 del PNUD) está inspirado en el enfoque de las capacidades. Este enfoque está orientado a los individuos, “se centra en las personas” (Sen, 2011). A diferencia de este, el planteamiento de la justicia tridimensional de Fraser tiene como uno de los focos a los grupos o a las minorías culturalmente diferenciadas, este planteamiento no tiene que sustituir el de las capacidades sino que puede ser complementario.

El planteamiento de Fraser es especialmente operativo para el reconocimiento de las minorías étnicas, como acuerdan Axel Honneth y Nancy Fraser en su debate recogido en la obra “Redistribución o reconocimiento: un debate político” (Fraser y Honneth, 2006). En este debate, para Fraser, el género ocupa una categoría que requiere un reconocimiento cultural y económico *par excellence*, requiere un reconocimiento “híbrido”. Mientras que en el caso de las minorías étnicas sería más importante la posición en “el estatus del grupo” (dimensión cultural), o en el caso de las clases sociales lo que es más importante es la posición en la estructura económica. Pero en el caso de las minorías indígenas en América Latina, tanto la posición de “estatus del grupo” como la posición en la estructura económica son de igual importancia para analizar su situación, ya que sufren al mismo tiempo una discriminación cultural y una marginación económica.

Por otra parte la desigualdad multidimensional apunta a la existencia de una sociedad desigual mientras que la pobreza multidimensional pone el foco sobre los sujetos individuales o colectivos que sufren una serie de carencias o privaciones básicas. La desigualdad multidimensional compone una mirada cualitativa y angular dirigida a un sujeto colectivo, mientras que la pobreza multidimensional compone una mirada orientada a un sujeto individual. La desigualdad multidimensional es una propuesta teórica y cualitativa en proceso de construcción y la pobreza multidimensional es un índice asentado teórica e empíricamente.

La presente propuesta propone complementar el enfoque de las capacidades con un nuevo enfoque social, centrado en la búsqueda de la restitución de la justicia social atendiendo a las demandas de los movimientos sociales y políticos. Este planteamiento complementario al enfoque de las capacidades (no pretende sustituirlo), propone poner de manifiesto las injusticias que sufren los grupos vulnerables buscando su posible reparación, tomando en cuenta las posiciones de estos actores sociales y políticos, facilitando captar, visibilizar y describir sus privaciones y sus capacidades para sortear los diques culturales, económicos y políticos que dificultan su desarrollo. La desigualdad multidimensional sería un obstáculo a que determinadas ‘capacidades’ pasen a ser ‘funcionamientos’.

Los pueblos indígenas de América Latina son las poblaciones que sufren las situaciones de mayor pobreza y marginación. La desigualdad económica se entrecruza con la discriminación cultural, aunque en muchas ocasiones se analizan estos factores de forma segregada. La



desigualdad multidimensional pretende integrar en sus análisis a la desigualdad económica con la discriminación cultural.

El planteamiento de Fraser atiende a 3 dimensiones: la cultura (“el reconocimiento”), la economía (“la redistribución”) y la política (“la representación”). El enfoque de Nancy Fraser constituye una propuesta que puede aportar un análisis adecuado al principal dilema de la interculturalidad en salud en la caso de los pueblos amerindios: la desigualdad, desde un planteamiento multidimensional, económico, político y cultural.

La desigualdad multidimensional vendría dada por una ‘mala distribución’ (*maldistribution*), por un ‘reconocimiento fallido’ (*misrecognition*), y por una ‘representación fallida’ (*misrepresentation*) o un ‘des-enmarque’ (*misframing*). Hablamos de ‘representación fallida’ en el contexto de la política-ordinaria, dentro de las fronteras de un estado-nación, en el marco ‘westfaliano’. En el caso del ‘des-enmarque’ hablamos de representación que no se puede adscribir a un estado-nación que abarca el ‘marco postwestfaliano’, una exclusión que afecta a varios estados y que ellos solos no la pueden resolver (Fraser, 2009).

Así frente a planteamientos que entienden la interculturalidad como un problema exclusivamente cultural (la conservación) o la pobreza como un problema exclusivamente económico (de ingresos), se plantea la necesidad de atender a criterios económicos, culturales, y políticos. Se propone considerar un reconocimiento de las formas tradicionales de sanación en la Comarca Ngäbe Buglé que pueda ser transformador de las condiciones sanitarias en la Comarca, que ayude a mejorar las ‘capacidades’ y la calidad de vida y el bienestar de la población en la Comarca desde criterios que sean culturalmente aceptables para su idiosincrasia.

## 10. Interculturalidad en salud.

---

La salud como un fenómeno intercultural es un planteamiento vigente en una importante corriente de la Antropología Médica, en especial en la Antropología Médica Iberoamericana, que entiende la dinámica salud-enfermedad-atención como un proceso mediado por construcciones culturales. En el presente capítulo se ofrece una descripción de los diferentes planteamientos de la interculturalidad en salud en América Latina y Panamá.

Desde el planteamiento de la presente tesis doctoral en la interculturalidad en salud están presentes dimensiones culturales, políticas y económicas. La demanda de interculturalidad en salud surge, en gran medida, porque existe una cultura hegemónica y otra subalterna, y el objetivo de esta demanda no solo sería el diálogo, el respeto y el intercambio sino que también sería la integración de la cultura subordinada. Hay planteamientos críticos con las versiones más apacibles de la interculturalidad que proponen descolonizar el pensamiento como modelo de posibilitar una interculturalidad horizontal (Viaña, 2009), el “descolonizar el saber” (De Souza, 2010). El presente planteamiento aboga por un reconocimiento, una representación y una redistribución que posibilite “interectuar como pares” (Fraser, 2009) a los grupos vulnerables o que sufren discriminación.

El capítulo empieza analizando la importancia del buen vivir como enfoque intercultural que ha adquirido mucha relevancia fruto de su reconocimiento en las cartas magnas boliviana y ecuatoriana, a continuación se analizan las diferentes prácticas sociosanitarias, biomédicas y tradicionales, en el continente y en el contexto de referencia (nacional y regional), y se describen los diferentes planteamientos de interculturalidad en salud en América Latina y Panamá. Tras analizar las prácticas sociosanitarias y la interculturalidad en salud se examinan los principales actores del “sistema médico tradicional”, los médicos tradicionales y sus organizaciones.

### ***10.1. El Buen Vivir como enfoque: Un planteamiento de interculturalidad alternativo al desarrollo.***

La interculturalidad planteada desde los pueblos originarios latinoamericanos ha estado fuertemente influida por un hito histórico: el reconocimiento explícito en las Constituciones Políticas de Bolivia y Ecuador del buen vivir, una alternativa ética inspirada en planteamientos ancestrales indígenas.

El buen vivir es un planteamiento alternativo al desarrollo que tiene importantes implicaciones en la interculturalidad en salud, por el diálogo que genera entre diferentes tradiciones

intelectuales sobre la vida y la salud, por la centralidad del equilibrio y la armonía, que son elementos nucleares de la medicina tradicional.

El hecho de servir de referencia al modelo de desarrollo de los estados boliviano y ecuatoriano en las cartas magnas y en los planes estratégicos le da a este enfoque un mayor protagonismo y presencia en el contexto internacional, en especial en el latinoamericano.

El concepto de 'desarrollo' es tan complejo y ambiguo que muchas veces puede ser contradictorio. El desarrollo suele equipararse con crecimiento (económico), generación de riqueza material y obtención de lucro. Frente al concepto de desarrollo como crecimiento, en los pueblos indígenas se ha desarrollado una alternativa, una nueva ética, que comprende el enfoque del buen vivir. Este enfoque pretende inaugurar una nueva forma de relación del hombre con la naturaleza, con las sociedades y con las diferentes culturas, teniendo como objetivo la armonía y el equilibrio.

El concepto de 'desarrollo' suele estar identificado en el continente americano con las políticas promovidas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) tras la Segunda Guerra Mundial, orientadas a la industrialización y modernización de los países denominados como "subdesarrollados", siguiendo el mismo itinerario que los países "desarrollados". Según el planteamiento (pasado) de los organismos multilaterales, por medio de este itinerario se conseguiría una mejora en las condiciones de vida de la población, posibilitando el crecimiento y el bienestar material como consecuencia del aumento de los ingresos y de la renta nacional.

A partir de los 70 se redujo considerablemente la intervención estatal en economía y en los mercados, imponiéndose las políticas de estabilización y de ajuste estructural promovidas por el BM y el FMI, abriendo sus economías a la inversión extranjera y a la privatización de gran parte de los servicios sociales. En los 80 y 90 ese impulso desarrollista desembocó en tratados de libre comercio y acuerdos bilaterales de inversión, que trajeron como consecuencia la inversión de capitales privados en actividades mayoritariamente extractivas, siendo la industria minera y petrolera el principal destino de la inversión. Esta tendencia ha dado lugar a lo que muchos analistas han denominado "el consenso de las *commodities*", basado en la exportación de productos primarios a gran escala, entre ellos hidrocarburos (gas y petróleo), metales y minerales (cobre, oro, plata, estaño, entre otros), productos alimenticios (maíz, soja y trigo) y crecientemente biocombustibles (Svampa, 2013).

En América Latina, gran parte de las reservas de esos recursos naturales, de las *commodities*, se encuentran en territorios de propiedad legal o ancestral indígena, con grandes implicaciones sociales, ambientales y culturales para esos pueblos. En Cerro Colorado (Comarca Ngäbe Buglé), se encuentra una de las reservas más importantes de cobre del mundo, lo que generó entre 2011 y 2012 un gran conflicto contra los proyectos mineros que se

pretendían establecer en el territorio indígena. A su vez, la Comarca dispone de los ríos más caudalosos del país. De hecho, en la actualidad continúa el conflicto por el proyecto de una hidroeléctrica en el río Tabasará, que tiene una gran oposición por parte de los moradores y de los colectivos ngöbes.

Muchos marcos legales, constituciones o políticas públicas se han articulado en función del desarrollo, restringiendo en algunas ocasiones los derechos de las personas y de los pueblos, entre otros el derecho a la diversidad cultural.

Desde el prisma del desarrollo, los indígenas han sido vistos como remanentes de culturas primitivas, atrasadas y pobres que constituyen un obstáculo al progreso material de los países y a la superación de la pobreza, por lo que en muchas situaciones han surgido voces proponiendo erradicar o sustituir estas culturas indígenas. En este sentido es muy interesante recordar la visión de las Naciones Unidas tras la Segunda Guerra Mundial en relación a los desafíos y al costo inherente del desarrollo, por más que en la actualidad su planteamiento es diametralmente opuesto:

Hay un sentido en el que el progreso económico acelerado es imposible sin ajustes dolorosos. Las filosofías ancestrales deben ser erradicadas: las viejas instituciones sociales tienen que desintegrarse: los lazos de casta, credo y raza deben romperse: y grandes masas de personas incapaces de seguir el ritmo del progreso deberán ser frustradas de sus expectativas de una vida cómoda. Muy pocas comunidades están dispuestas a pagar el precio del progreso económico. (Naciones Unidas, 1951 en Escobar, 2011).

En el contexto de la Cumbre de Jefes de Estados de las Américas celebrada en Cartagena de Indias (Colombia) en 2012, los representantes de los pueblos indígenas, impulsados por los Estados, hacían las siguientes declaraciones en relación al desarrollo económico: “Este se ha reducido a la intervención y al despojo ilegítimo de nuestros territorios, así como a la sobreexplotación de los bienes naturales que hemos conservado milenariamente, sometiéndonos inevitablemente al genocidio y al exterminio” (Fuente: Declaración de la IV Cumbre de Líderes Indígenas de las Américas, 2012). Y añadieron que sólo se podrá lograr la superación de la inequidad social que afecta a sus pueblos a través de “la adopción e implementación de instrumentos jurídicos y políticas públicas que nos protejan y garanticen el ejercicio de nuestros derechos, previniendo potenciales vulneraciones, la devastación de nuestro territorio, así como las afectaciones que pongan en peligro nuestra pervivencia física y permanencia cultural” (Fuente: *Ibidem*).

Sin embargo, como respuesta a la incapacidad de los modelos económicos de desarrollo de frenar o revertir la degradación ambiental y los procesos de pauperización, han surgido diferentes orientaciones críticas al desarrollo. Por ejemplo, el desarrollo alternativo o a escala humana, promovidos por pensadores en distintos contextos de la orbe (Schumacher, 1973; Max Neef, Elizalde y Hopenhayn, 1986), en los cuales se reconoce los límites de la economía y la necesidad de encontrar la dimensión o la escala adecuada para el desarrollo. En estas líneas se encuentran los planteamientos de *crecimiento 0*, que señalan la necesidad de detener el

crecimiento económico como forma de asegurar la sostenibilidad ambiental (Latouche, 2003). También estarían las alternativas que plantean el “posdesarrollo”, en las cuales se cuestionan la preeminencia del desarrollo económico y la matriz cultural occidental de la que surge. Los planteamientos del posdesarrollo proponen la necesidad de reconocer una multiplicidad de formas de sustento, de relaciones sociales y prácticas económicas, incluso plantean el diseño de políticas centradas en la relacionalidad entre los grupos humanos y la naturaleza, tomando en consideración diferentes cosmovisiones culturales. Proponen además criterios ecológicos de desarrollo (Escobar 2010).

Pero tratándose de los pueblos originarios, ¿qué significa ‘desarrollo’ para los pueblos indígenas? Existe una multiplicidad de respuestas según las especificidades y los diferentes contextos. Es importante destacar que a la hora de analizar el desarrollo y los pueblos indígenas hay marcos legales que reconocen su capacidad de decisión en relación a su modelo de progreso. Esta capacidad es reconocida en el artículo 7 de la Convención 169/89 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), donde se establece el derecho de los pueblos indígenas a establecer sus prioridades en materia de desarrollo. Unido a esto, la *Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas* reconocía explícitamente que los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación y en virtud de este derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

Entre los pueblos indígenas se ha planteado un enfoque alternativo al del desarrollo: el del Buen Vivir. A diferencia de las concepciones más esquemáticas que parten de una concepción lineal que va de un estado de subdesarrollo al desarrollo, se plantea desde diferentes pueblos indígenas una alternativa política, cultural y económica en la cual “el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro entre otros”, son determinantes (Acosta, 2008).

Un planteamiento holístico, en el cual lo espiritual y lo material son indivisibles, lo que le da una dimensión diferente respecto a los otros tipos de ambientalismo, tal como manifiesta el entrevistado experto en movilización política ngöbe:

Acuérdate que fue después del 92 y había toda esta celebración de los indígenas con los ambientalistas. Entonces luego yo voy entendiendo que son distintas las posiciones y, segundo, que los indígenas traen un cuestionamiento de mayor profundidad, NO al modelo de desarrollo, porque viene desde una cosmovisión, viene con elementos espirituales, viene con elementos de cómo se consigue la vida. (A2, página 5)

Este enfoque del Buen Vivir constituye un panorama amplio y plural en el que coexisten diferentes formulaciones en función de los variados contextos sociales y ecológicos. Por lo tanto, es muy difícil defender una única definición de Buen Vivir.

Sin embargo, sí se puede realizar un análisis de lo que constituye esta plataforma compartida entre los pueblos indígenas con una serie de denominadores comunes: otra ética frente al mundo y la naturaleza, la búsqueda de la legitimación de los saberes ancestrales tradicionales, fomentar el encuentro, el diálogo con los diferentes saberes lejos de posturas tradicionalistas y antimodernas de carácter esencialista, con concepciones diferentes de la naturaleza, y otra forma de entender las relaciones entre lo humano y lo no-humano.

El Buen Vivir como enfoque indígena está en proceso de construcción, demasiado abstracto para sus detractores. Está germinando en diversas posturas y en distintos actores, constituyendo una alternativa política en el continente latinoamericano.

La Constitución Política de Ecuador establece el deber de promover el buen vivir como legado cultural de los pueblos indígenas (*samak kawsay* en quichua) (Preámbulo), el que refleja la internacionalización del ethos indígena en la matriz del Estado. En el caso de Bolivia, la Constitución Política dispone que el Estado asume y respeta como principios ético-morales de la sociedad plural los conceptos indígenas (quichua y guaraní entre otros) de *ama qhilla*, *amam llulla*, *ama suwa* (no seas flojo, no seas mentiroso, no seas ladrón), *suma qamaña* (vivir bien), *ñandereko* (vida armoniosa), *teko kavi* (vida buena), *ivi marae* (tierra sin mal) y *qhapaj ñan* (Camino o vida noble). (Martí i Puig, Alwin, Wright. Yáñez y Ayuso, 2013).

La orientación de la Universidad Ngäbe así como de las entidades de médicos tradicionales consiste en una propuesta que encaja dentro del paradigma del Buen Vivir. La Universidad hace una referencia explícita al Buen Vivir como criterio que guía su acción docente e investigativa: Cultivar la ciencia, la tecnología y la cultura a través de la educación superior con respeto a la diversidad y al buen vivir.

El Buen Vivir consiste en una serie de ideas alternativas a los conceptos convencionales de desarrollo. Este planteamiento se encuentra en proceso de elaboración y está germinando en diversas posturas y distintos actores, constituyendo una alternativa política en el continente latinoamericano. Como declara Alberto Acosta, presidente de la Asamblea Constituyente de Ecuador (Acosta, 2008), se trata de una categoría en permanente construcción y reproducción.

Como hitos históricos fundamentales de este planteamiento, hay dos casos paradigmáticos: El Buen Vivir ecuatoriano y el Vivir Bien boliviano, incluidos en las constituciones de 2008 y 2009, respectivamente.

En el caso boliviano, el *suma qamaña* sirve de orientación para el modelo de organización social. En la Constitución boliviana aparece bajo el nombre de Vivir Bien, en la sección dedicada a las bases fundamentales del Estado, entre sus principios, valores y fines (artículo 8). Allí se indica que se “asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: *ama qhilla*, *ama llulla*, *ama suwa* (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), *suma qamaña* (vivir bien), *ñandereko* (vida armoniosa), *teko kavi* (vida buena), *ivi maraei* (tierra sin mal) y *qhapaj ñan* (camino o vida noble)”. Esta formalización boliviana es pluricultural, ya que ofrece la idea del Vivir Bien construida con las aportaciones de varios pueblos indígenas y

todas en el mismo plano de jerarquía. La nueva Constitución indica que el “modelo económico boliviano es plural y está orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien” (art. 306 en Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

En el caso ecuatoriano, el *sumak kawsay* sirve de orientación para el modelo de desarrollo, pero también ocupa un lugar específico, entendiendo a la Naturaleza como un sujeto de derecho (artículo 72 en Constitución Política del Estado del Ecuador, 2008). La constitución ecuatoriana presenta una sección dedicada al régimen del Buen Vivir, en la cual se indican dos componentes principales: los referidos a la inclusión y la equidad (tales como educación, salud, seguridad social, vivienda, comunicación social, transporte, ciencia, etc.) y los enfocados en la conservación de la biodiversidad y al manejo de recursos naturales (por ejemplo, protección de la biodiversidad, suelos y aguas, energías alternativas, ambiente urbano, etc.). A su vez, este régimen del Buen Vivir está articulado con el régimen de desarrollo. Aquí surge una precisión importante, ya que se indica claramente que el desarrollo debe servir al Buen Vivir. El régimen de desarrollo se define como “el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir, del *sumak kawsay*” (art. 275 en Constitución Política del Estado del Ecuador, 2008).

En definitiva el *suma qamaña* tiene una orientación general que sirve de guía al modelo social, cultural y económico boliviano, mientras que el *sumak kawsay* ecuatoriano además de orientador y elemento transversal, ocupa un papel específico con una serie de derechos relacionados, pero con un rol quizás más específico.

Pero el Buen Vivir no se reduce al *sumak kawsay* ecuatoriano o *suma qamaña* andino. Ideas similares se encuentran en otros pueblos y tan sólo a título de inventario podemos citar el *shiir waras*, el ‘bien vivir’ de los ashuar ecuatorianos, entendido como una paz doméstica y una vida armoniosa, el *küme mongen*, el ‘vivir bien, en armonía’ de los mapuches del sur de Chile, etc.

El Buen Vivir está surgiendo en diferentes contextos, con diferentes manifestaciones según sus especificidades culturales, lingüísticas, históricas, y sociales, respondiendo a contextos políticos y ecológicos particulares. En este sentido, el *suma qamaña* se desenvuelve en un contexto social, ambiental y territorial, específico, representado por el ayllu andino, tal como analiza en detalle Torrez (Torrez, 2001).

David Choquehuanca, activista aymara y ministro de Asuntos Exteriores de Bolivia, afirma:

“El Vivir Bien es recuperar la vivencia de nuestros pueblos, recuperar la Cultura de la Vida y recuperar nuestra vida en completa armonía y respeto mutuo con la madre naturaleza, con la Pachamama, donde todo es vida, donde todos somos *uywas*, criados de la naturaleza y del cosmos” (Choquehuanca, 2010).

René Ramírez, Ministro Secretario de Planificación de Ecuador, concibe el Buen Vivir más allá del utilitarismo y la justicia clásica. A su juicio, este es un concepto que, si bien está en proceso de resignificación, debe orientarse a generar una justicia que sea a la vez post-utilitarista y post-distributiva. Su concepción del Buen Vivir engloba un amplio abanico de atributos, tales como satisfacer las necesidades, asegurar la paz y armonía con la Naturaleza, poder desarrollar las capacidades personales, reconociéndonos como diversos pero iguales.

El Buen Vivir en el ámbito de las ideas y los discursos cuestiona el desarrollo. El Buen Vivir cuestiona la capacidad del desarrollo, entendido como crecimiento económico, para resolver problemas sociales como la pobreza o las crisis medioambientales. El Buen Vivir reivindica la calidad de vida tanto para las personas como para la naturaleza. Es más, a la naturaleza se la concibe como un sujeto del derecho con una personalidad jurídica reconocida. El Buen Vivir es un planteamiento biocéntrico.

A pesar de su oposición al desarrollismo, este planteamiento del Buen Vivir no constituye una posición antimoderna; al contrario, se apuesta por seguir aprovechando los desarrollos científico-técnicos, pero teniendo en cuenta un principio precautorio: garantizar la habitabilidad del mundo y la vida de los humanos y los no humanos. Desde este argumento se puede entender el Buen Vivir como una “ecología de saberes” (Sousa Santos, 2010), como posibilidad de enriquecimiento mutuo, de diálogo, de complementariedad de diferentes saberes y conocimientos tradicionales y modernos, científicos y ancestrales. Esta posibilidad de entendimiento y comunicación se facilitaría a través de una traducción intercultural que identifique los enfoques complementarios, las preocupaciones comunes y las contradicciones intratables.

Pero el problema de los países que han asumido estos planteamientos en sus constituciones (Ecuador y Bolivia) es que siguen basándose en las exportaciones de recursos naturales, siguiendo el patrón del aumento del gasto social y la obra pública, lo que hace que estos países dependan todavía de la exportación de minerales e hidrocarburos y de la promoción de los monocultivos. Es decir, estos países encuentran algunas contracciones entre algunas demandas del Buen Vivir y la lucha contra la pobreza, como, por ejemplo, el proyecto de construcción de la carretera que cruza el Territorio Indígena y Parque Nacional Isiboro Sécuré en Bolivia (el TIPNIS), o el proyecto de explotación petrolera en el Parque Nacional de Yasuní en Ecuador, la iniciativa Yasuní-ITT, que entran en conflicto con las concepciones del Buen Vivir. Una asunción realmente comprometida con el Buen Vivir exigiría abandonar el extractivismo a causa de los impactos sociales y ambientales que genera dicho modelo económico, o al menos abandonar el “extractivismo depredador” y apostar por un “extractivismo sensato” (Gudynas, 2011).

En este contexto, algunos artículos de la constitución boliviana entran en clara contradicción. Cuando se indica que la “industrialización y comercialización de los recursos naturales será prioridad del Estado” (art. 355 en Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia,



2009), se abre las puertas a toda clase de contradicciones con quienes reclaman la protección e integridad de la naturaleza frente a quienes propugnan que se debe avanzar en un modelo económico que no sea dependiente de las materias primas. Sirva de ejemplo el vicepresidente de Bolivia, García Linera, que declaraba la necesidad de superar el capitalismo y consolidar las transformaciones sociales por encima de la plurinacionalidad y la interculturalidad.

¿No será que al condenar acríticamente el denominado extractivismo, en los hechos se busca dejar inerme y pobre al Estado plurinacional para que sea incapaz de responder a la expansión de los derechos sociales que han surgido en el proceso revolucionario iniciado en el 2000? (García Linera, 2012).

En este sentido hay varios críticos con estas contradicciones que se están dando entre el Buen Vivir y los proyectos desarrollistas en Ecuador y Bolivia, hay intelectuales que identifican estas posiciones como una forma de “neodesarrollismo” (Bran, 2009). Procesos que intentan regular el movimiento de los capitales, promover el desarrollo de infraestructuras, y que vinculan el crecimiento con la distribución. El experto en movilización política ngöbe entrevistado se expresaba de la siguiente manera:

Y lo que está pasando en Ecuador... No sé si estás siguiendo lo que pasa en Ecuador. Lo que está pasando en Ecuador es atroz, en Bolivia también. Entonces se está... Luego de utilizar a los movimientos indígenas para llegar al poder, han revertido a la visión de la izquierda de antes de los '90, que es la izquierda de desarrollo, economicista. Veo ahí grupos de izquierdas que han adoptado una visión más alternativa, eso también existe, de la izquierda llamada izquierda. (A2, página 7).

El Buen Vivir ha sido objeto de diferentes interpretaciones. Varios analistas llegan a considerar que el Buen Vivir podría ser parte de la tradición socialista. Un “socialismo del sumak kawsay” o un “biosocialismo republicano”, en palabras de René Ramírez, Ministro Secretario de Planificación del Ecuador (Ramírez, 2010). Esta concepción se fundamenta en las preocupaciones compartidas por la justicia social y la igualdad social. Pero también hay unas cuantas dificultades. Algunos de los postulados del Buen Vivir sin duda implican una ruptura con las ideas clásicas del progreso o de la naturaleza como objeto (sea abordada desde los valores de cambio o incluso desde los valores de uso) y, por lo tanto, se alejan del socialismo científico clásico. El Buen Vivir tampoco puede ser entendido como un materialismo, en particular por los aportes que vienen desde las cosmovisiones indígenas, donde tiene un peso especial lo espiritual.

El Buen Vivir desarrolla un diálogo y encuentro profundo y permanente con otros planteamientos críticos con el desarrollo, el colonialismo o la modernidad, como los estudios críticos sobre el desarrollo, el ambientalismo biocéntrico, el feminismo radical, o la ‘decolonialidad del saber’.

El Buen Vivir se construye bajo un proceso doble: por un lado descolonizar los saberes para abandonar el planteamiento de la superioridad occidental, y por otro lado, respetar la diversidad de las demás culturas evitando toda clase de imposición. Es una posición intercultural que pretende desmontar los fundamentos que justifican la superioridad de un

sujeto o cultura frente a otros sujetos y culturas, teniendo un especial valor “la crítica y la liberación” (Estermann, 2009).

La mirada cultural que se expresa en el Buen Vivir muestra que no existe un Buen Vivir indígena concreto y sustantivo, ya que la categoría ‘indígena’ puede ser un artificio que solo sirva para homogeneizar dentro de ella a muy diferentes pueblos y nacionalidades, cada una de las cuales tiene, o podrá tener, su propia concepción del Buen Vivir (Gudynas, 2011).

El *suma qamaña* es Buen Vivir, y también lo es el *ñande reko*, pero eso no autoriza a equiparar el *suma qamaña* con el *ñande reko*. De la misma manera, el *sumak kawsay* es Buen Vivir y lo mismo puede decirse de algunas manifestaciones de la ecología profunda, pero no pueden convertirse en sinónimos uno y otro. Todos ellos, el *suma qamaña*, el *ñande reko*, el *sumak kawsay*, la ecología profunda y otros tantos, se complementan entre sí, muestran algunas equivalencias, sensibilidades convergentes, y es justamente esta complementación la que permite delimitar el espacio en construcción del Buen Vivir.

Sánchez Parga (2009) indica que en Ecuador el *sumak kawsay* “no es ajeno a un pasado reciente, que nada tiene que ver con la tradición”, sino que más bien se refiere a personas que desean poder hacer su vida, sin dejarlas a merced de factores que les son ajenos y hostiles. En un contexto donde lo moderno significa abolir culturas, tradiciones y pasados colectivos, esta postura tiene más de proyecto futuro que de reivindicación tradicional.

El Buen Vivir constituye un panorama nuevo y en construcción, una perspectiva holística que aglutina dimensiones políticas, económicas y culturales. Los gobiernos boliviano y ecuatoriano no sólo lo han incluido en sus constituciones políticas, sino que también le han otorgado una posición destacada en sus planes estratégicos de desarrollo.

Según el plan de desarrollo del gobierno boliviano:

El Vivir Bien es un concepto milenario sustentado por las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios, fuertemente vinculado a la relación armoniosa con la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria. La filosofía ancestral del Vivir Bien ha sido retomada en las políticas nacionales de desarrollo principalmente a partir del año 2006, y constituye el fundamento del Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y mayor reconocimiento en la Constitución Política del Estado Plurinacional (art. 8).

En este sentido, el Vivir Bien se constituye en la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece “el todos nosotros” sobre “el yo”, se privilegia la complementariedad, la armonía, y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente construido (Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 del Gobierno Plurinacional de Bolivia)

Según el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 del gobierno boliviano las principales dimensiones del Vivir Bien son:



En el sector de la salud el Vivir Bien (*suma qamaña*) se caracterizaría por:

Dimensiones del Vivir Bien	Contribución del sector a cada dimensión
Vivir en Comunidad (compartir decisiones, recursos y beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comunidad tiene un rol central en la toma de decisiones sobre la planificación y ejecución-administración en base al seguimiento y control social realizado mediante la estructura social para la gestión participativa y control social.</li> <li>• El beneficio principal producido por el Sector es un mejor estado de salud de toda la población, constituyéndose en un beneficio para toda la comunidad</li> <li>• Los recursos del Sector Salud en el marco del Sistema Único son colectivos, no privatizables y corresponden a toda la comunidad en la producción de servicios.</li> </ul>
Acceso y disfrute de los bienes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso de la población a servicios integrales de salud</li> <li>• Acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud</li> <li>• Redistribución de la riqueza mediante programas de protección social</li> <li>• Construcción de la igualdad en el acceso y derecho a la salud, sin consideración de capacidad de pago y otras barreras creadas por los sistemas neocoloniales y neoliberales.</li> </ul>
Realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual / Identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de los sentires, saberes, conocimientos y prácticas tradicionales en salud, incluida la medicina tradicional y su interacción con la medicina académica como una forma de realización espiritual y respeto de identidades y conductas propias.</li> <li>• Interrelacionamiento y respeto entre el personal de salud y la población como factor de realización afectiva.</li> </ul>
Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con lo que nos rodea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información, educación, comunicación y cambio de conducta en relación al cuidado del medio ambiente y la prevención de riesgos naturales.</li> <li>• Gestión de los desechos y residuos de los establecimientos de salud</li> <li>• Vigilancia y control en la producción de bienes y servicios potencialmente contaminantes y perjudiciales a la salud.</li> <li>• Utilización de los productos de la naturaleza para la farmacopea tradicional y natural de manera reglamentada y protectora.</li> </ul>
Descolonización (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de la igualdad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en las relaciones de poder socioeconómicas, de clase, de género y culturales: redistribución equitativa de recursos, participación social (política) efectiva y acceso igualitario al conocimiento.</li> <li>• Recuperación y desarrollo de la medicina tradicional y de los conocimientos ancestrales en salud en sus diversas formas.</li> <li>• Toma de decisiones corresponsable para la gestión local de la salud, entre la Estructura Social en Salud, la población y el personal de salud.</li> </ul>

Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 del gobierno boliviano.

Ecuador establece como su horizonte político el socialismo del Buen Vivir que conjuga la lucha por la igualdad social y la abolición de privilegios con la construcción de una sociedad que respete la diversidad y la naturaleza. En el caso de Ecuador, el gobierno elaboró en 2009, a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), el “Plan del Buen Vivir, 2009-2013”. Y en 2013, SENPLADES confeccionó el “Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017”.

Según el plan estratégico de 2013-2017, existen seis dimensiones básicas para la planificación, el seguimiento y la evaluación del proceso de implementación del Buen Vivir (*sumak kawsay*) en Ecuador:

1. Diversificación productiva y seguridad económica. Orientada a dar más peso a la manufactura y al sector terciario, con la finalidad de que la economía ecuatoriana sea menos dependiente.
2. Acceso universal a bienes superiores. El acceso universal a salud, educación, trabajo digno, vivienda y hábitat, la profundización de otras dimensiones del bienestar y la mejora en la calidad de la vida. El nivel de felicidad, más allá de la satisfacción de las necesidades fundamentales y mediante la ampliación del tiempo destinado a vivir en plenitud y a la provisión de bienes relacionales (amistad, amor, solidaridad, cohesión social), es un componente fundamental de la realización humana (Ramírez, 2012).
3. Equidad social. La satisfacción de las necesidades humanas, reduciendo sustancialmente los actuales niveles de inequidad socioeconómica, étnica, de género, regional y etaria.
4. Participación social. El cambio social con una creciente participación ciudadana en las decisiones relevantes para la colectividad y la profundización de la democracia.
5. Diversidad cultural. Mantener y fortalecer la diversidad cultural y lingüística.
6. Sustentabilidad. Preservación de la biodiversidad, la fertilidad del suelo, la disponibilidad de agua y la captura de carbono.

Tiene 6 objetivos el modelo de implementación del Buen Vivir ecuatoriano:

- ✓ Objetivo 1. Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular.
- ✓ Objetivo 2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.
- ✓ Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Objetivo 4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
- ✓ Objetivo 5. Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.
- ✓ Objetivo 6. Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos.
- ✓ Objetivo 7. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global.
- ✓ Objetivo 8. Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible.

- ✓ Objetivo 9. Garantizar el trabajo digno en todas sus formas.
- ✓ Objetivo 10. Impulsar la transformación de la matriz productiva.
- ✓ Objetivo 11. Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica.
- ✓ Objetivo 12. Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana.

Los modelos de Buen Vivir boliviano y ecuatoriano, el *suma qamaña* y el *sumak kawsay*, a pesar de no ser los modelos únicos y de responder a contextos sociales y ecológicos concretos, se han erigido en la referencia latinoamericana para el impulso de modelos alternativos al desarrollo basados en el Buen Vivir.

Estos modelos expresan, con sus contradicciones, una oposición a los sistemas económicos y políticos que se basan en la apropiación y en el dominio de la naturaleza, con un carácter antropocéntrico, proponiendo concepciones culturales y espirituales que aspiran a una buena vida, sustentada en el equilibrio de las personas y comunidades entre sí y con el entorno natural. Los planteamientos del Buen Vivir tienen un carácter biocéntrico, posicionándose en contra del sometimiento natural y humano.

Tal como señalaran los pueblos indígenas en Río+20 “todas las sociedades deben fomentar culturas de sostenibilidad para enfrentar los graves problemas ambientales de la tierra” (Declaración de los Pueblo Indígenas en Río+20, 2012). Los líderes de los pueblos originarios hicieron un llamamiento a impulsar un diálogo intercultural respetuoso en torno a la supervivencia colectiva, ofreciendo sus aportes culturales para lograr ese desafío: “En el espíritu de la humanidad y supervivencia colectiva, la dignidad y el bienestar, respetuosamente ofrecemos nuestra visión cultural como una base importante para renovar colectivamente nuestras relaciones entre todas y todos y la Madre Tierra para garantizar el buen vivir/vivir bien con integridad” (Declaración de los Pueblos Indígenas en Río+20, 2012).

## ***10.2. Definición de la interculturalidad en salud.***

La interculturalidad en salud como la política sociosanitaria que atiende la interacción entre los saberes curativos tradicionales indígenas y las ciencias de salud modernas es un planteamiento reciente, que en el caso latinoamericano se desarrolla como respuesta a las reivindicaciones de los pueblos indígenas en defensa de su identidad cultural. La interculturalidad en salud también se puede vincular a una tendencia global de incorporar el reconocimiento de la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

Interculturalidad se puede definir como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” (Campos Navarro, 2004), de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad.

En el caso latinoamericano como el panameño según la Organización Panamericana de Salud, la interculturalidad en salud hace mención a dos culturas sanitarias: la medicina tradicional indígena y la medicina occidental. La medicina tradicional indígena se entiende como la medicina originaria en América, previa a la colonización, y la medicina occidental o científica es el conocimiento que se trasladó a América desde la colonización y tiene estatus científico.

La interculturalidad en salud como la interacción de los dos sistemas médicos (el tradicional y el científico) no incluye a otras medicinas presentes en el contexto latinoamericano: la medicina de pueblos afrodescendientes, la medicina tradicional china, la medicina ayurvédica, entre otras formas ancestrales de sanación.

Siguiendo a Roberto Campos en *Una visión de la salud intercultural en los pueblos originarios* define la interculturalidad en salud en los siguientes términos:

En el campo de la salud, definimos la salud intercultural como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes.

En este sentido, estamos de acuerdo con la propuesta del médico y la antropóloga chilenos Jaime Ibacache y Ana Oyarce, que definen la interculturalidad como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico y social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas”. Cuando calificamos como interculturalidad como adecuada o apropiada deseamos referirnos a aquella relación que se verifica con una preparación, sensibilización y capacitación previas, que conducen a mejores

resultados en el diálogo respetuoso, tolerante y flexible con los pacientes. Su finalidad no es integracionista, por cuanto existe una búsqueda intencional de consenso con los pueblos indígenas. En este orden de ideas, la práctica intercultural adecuada sería el resultado de una relación dialéctica, participativa y consensual de la práctica médica entre personas que poseen una cultura diferente, con respecto a sus valores y creencias, y adaptándose creativamente a los respectivos conceptos multiétnicos y pluriculturales. Por tanto, el no respeto, la no adaptación y la no adecuación serían conductas contrarias a la relación dialéctica y a la relación intercultural (Campos Navarro, 2009).

La interculturalidad en salud está relacionada con la existencia de diferentes formas de concebir el proceso salud-enfermedad y a la necesidad de orientar esfuerzos hacia la creación de espacios de diálogo e interacción entre los diferentes modelos de atención en salud y las diferentes concepciones culturales. En términos de la atención médica, el concepto de salud expresaría la intención de conocer y tomar en cuenta la cultura del paciente, en el proceso de atención en salud, considerando a los pacientes y a los médicos como seres atravesados por factores culturales, sociales, geográficos y biológicos.

Todo trabajador de salud con experiencia en zonas rurales, en especial en territorios indígenas, ha tenido contactos, relaciones y experiencias directas de interculturalidad espontánea. Este tipo de interacción responde en la mayoría de las ocasiones a una interculturalidad forzada, y muy pocas veces a interculturalidad adecuada en términos de una preparación y capacitación previa.

La interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud y por ello las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas.

- ✓ Por 'validación cultural' se entiende "aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social" (Citarella, 2010) y esto no implica que el trabajador de salud comparta el sistema de creencias y prácticas del paciente, pero sí lo respete, lo tolere y lo comprenda.
- ✓ Por 'negociación cultural' se quiere expresar el conjunto de interacciones que surgen entre los usuarios y el personal de salud para llegar a mutuos acuerdos relativos al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere, lo que se ha denominado ahora como "adherencia terapéutica" (Citarella, 2010).

Siguiendo a Gerardo Fernández Juárez, la interculturalidad en salud en América Latina, en muchas ocasiones se concibe como algo que parece adosado a la condición de las poblaciones originarias, "la interculturalidad en salud como una cosa de los indios" (Fernández Juárez, 2011). Es importante atender a los aportes de la medicina tradicional a las ciencias médicas, la

interrelación de los saberes y las potenciales colaboraciones entre las culturas como un elemento transversal no exclusivo de un contexto o de una cultura.

Las experiencias recientes de implementación de la interculturalidad en salud se suelen traducir en dos tipos de acciones:

- a) Acciones cuyo propósito es la valorización de la medicina tradicional, su recuperación y su uso en el sistema de atención pública.
- b) Acciones de adecuación intercultural que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria.

Existen una serie de políticas de interculturalidad en salud que despliegan acciones que pretenden revertir el proceso de marginalización de las formas tradicionales de sanación, para posibilitar un cambio de tendencia, y valorizar la medicina indígena y su uso en las estrategias de salud pública. Esto implica promover la investigación sobre los conocimientos y saberes ancestrales, y sobre la eficacia terapéutica de la medicina tradicional.

El primer tipo de acciones (a) pueden incluir estrategias orientadas a la valorización de la medicina tradicional es la sistematización del conocimiento, la capacitación de los médicos tradicionales, el diseño de un sistema que permita certificar a los agentes de la medicina tradicional para controlar las malas prácticas y garantizar un buen servicio. Pero además de una política de interculturalidad con recursos materiales y humanos para la supervivencia de las formas tradicionales de sanación, es fundamental su vigencia en el contexto cultural de referencia, es decir que siga vigente como opción sanadora (principal o alternativa) entre la población nativa. Un proceso artificial de mantenimiento de las formas tradicionales de sanación no suele tener éxito sino cuenta con el beneplácito de sus beneficiarios y podría ser entendido como una imposición.

El segundo tipo de acciones (b.) tiene que ver con la promoción de medidas de mejoramiento de la oferta de salud, adaptándose al beneficiario de la salud. Es decir adaptarse a la cultura y costumbres de la población beneficiaria de la salud pública. Como por ejemplo: acciones que promuevan la adecuación de los protocolos de atención del parto a las perspectivas y necesidades de las mujeres indígenas; el uso del idioma nativo en la relación médico-paciente; la adecuación de las infraestructuras de salud y del equipamiento médico; el desarrollo de Oficinas Interculturales; la presencia de facilitadores en los hospitales. Este tipo de acciones van dirigidas a mejorar la eficacia y la accesibilidad a los servicios de salud, haciéndolos culturalmente adaptados.

En América Latina existe la tendencia a identificar el concepto de interculturalidad en salud con la medicina tradicional, este planteamiento pone el foco en el rescate y la valorización de la medicina tradicional indígena, proyectando todas las estrategias y acciones al proceso de



reconocimiento de los médicos tradicionales y a sus organizaciones. Pero desde la opinión de algunos autores esta tendencia es reduccionista ya que no toma en consideración la aplicación del concepto de interculturalidad a todo el sistema de salud pública, no reflejando la necesidad de transformación de la oferta de salud y atendiendo exclusivamente al sector tradicionalista (Citarella, 2010).

### ***10.3. El pluralismo médico como práctica de interculturalidad de salud en el modelo de la autoatención.***

Para resolver los problemas sanitarios, la población en los territorios indígenas suele poner en marcha estrategias pragmáticas, buscando la solución más eficaz a sus dolencias utilizando todos los recursos materiales y simbólicos disponibles para la curación. El espacio de la autoatención es un espacio muy relevante para este tipo de estrategias que no siempre es considerado por los estamentos médicos, y cuando se analiza suele ser de forma prejuiciosa.

En los territorios indígenas disponen de diferentes modelos culturales que están en continuo proceso de interacción y contacto creando contextos de pluralismo médico. Según el antropólogo argentino Eduardo Menéndez el pluralismo médico sería una tendencia generalizada en la actualidad:

Lo que predomina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen, y más allá de la clase social o de la condición étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que alude al hecho de que la mayoría de la población en nuestras sociedades utilizan potencialmente diversos saberes médicos y formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para el mismo problema de salud. (Menéndez, 2010).

Menéndez define el pluralismo médico como:

La capacidad que los grupos tienen para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos (Menéndez, 2010).

El término de “pluralismo médico” fue introducido por Sheila Cominsky, entendiéndolo como la existencia de diferentes sistemas (medicina occidental, medicina tradicional, etc) en donde los enfermos eligen dos o tres sistemas y de igual forma los terapeutas, tanto biomédicos como tradicionales, incorporan elementos de todos ellos (Cominsky, 1986).

Dos son los resultados más destacados por los diferentes estudios:

- La medicina tradicional incorpora elementos de la medicina occidental, medicinas, analgésicos, etc.

- La existencia de itinerarios terapéuticos plurales o múltiples. El *modelo de autoatención* (Menéndez, 2010) utiliza los modelos tradicionales y biomédicos, apropiándose de forma paralela y simultánea de prácticas y conocimientos de ambos modelos. Así las personas utilizan ambos sistemas médicos para resolver sus problemas sanitarios.

A pesar de estos resultados, es importante destacar que existen muchas experiencias de cohabitación de la medicina tradicional y la medicina occidental, pero es inexistente (o muy escasa) la literatura científica sobre la posible influencia de la medicina tradicional en la medicina occidental. El personal sociosanitario nativo que atiende en centros de salud ubicados en territorios indígenas es muy reacio a manifestar la posible influencia que haya podido tener la medicina tradicional en su práctica profesional.

La autoatención supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad incluyen la alimentación (incluye amamantamiento); la limpieza y la higiene (cuerpo, ropa, vivienda, etc); la curación y la prevención de enfermedades, daños y problemas.

Es muy frecuente la reducción de la autoatención a la automedicación en un sentido negativo e irracional. La autoatención se suele identificar con la ignorancia, una visión estereotipada y prejuiciosa que impide analizar este fenómeno en su totalidad. Esto no quiere decir que la administración de ciertos fármacos sin prescripción médica, o el consumo de ciertas plantas sin orientación facultativa, no tenga consecuencias negativas, pero esto es una parte negativa del fenómeno pero no es 'el todo'. En este sentido el "Modelo Médico Hegemónico" (Menéndez, 1990) no tiene en cuenta la función técnico-ideológica de la práctica médica concibiéndola de forma aislada y de forma exclusivamente tecno-científica.

La automedicación es parte de un proceso estructural que la incluye y que es el de autoatención. La automedicación ha estado condicionada por una mirada negativa por parte de los estamentos médico-científicos que la entienden como la expresión de un ejercicio ilegal de la medicina, o como la consecuencia inevitable cuando el saber médico es usado por no médicos.

Hay otra mirada, antropológica, que ha entendido la automedicación como parte de una 'tradición cultural' con un tono contracultural.

Ambas miradas entienden que la automedicación es un fenómeno propio de las clases populares. Frente a este supuesto, el trabajo de Eduardo Menéndez, basado en múltiples experiencias de distintos estudios, defiende que la automedicación es un fenómeno que se da

en todos los estratos sociales y es constitutivo de una forma estructural y sociológica de atender a los problemas de salud.

La excesiva esquematización que se suele hacer de la autoatención imposibilita estudiar las dimensiones dinámicas y procesuales de estos fenómenos.

La automedicación es un proceso de autoatención que incluye el diagnóstico, la selección y la prescripción de un tratamiento, y la administración del mismo. La autoatención puede utilizar sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, etc, incluyendo medicamentos generados a partir de la investigación científica.

La autoatención a la enfermedad y a la salud está vinculada a la actividad del grupo primario y no de la persona. Los objetivos de la automedicación, como parte de la autoatención, son abatir, limitar y dar solución en forma definitiva o transitoria a los padecimientos como parte de la “carrera del enfermo” (Menéndez, 1990).

La “carrera del enfermo”, Eduardo Menéndez la define como la velocidad en el que un padecimiento mata, desde la formulación del diagnóstico hasta la solución de las dolencias o la no solución. La carrera del enfermo está fuertemente determinada por sus condiciones económicas, ocupacionales e ideológicas. Las prácticas de autoatención aparecen como el eje dinámico de apropiación y de síntesis.

Todo grupo doméstico/familiar necesita producir un conocimiento y una serie de técnicas para resolver situaciones cotidianas de enfermedad. Estos grupos producen necesariamente conductas de rol que se ocuparán de la autoatención.

En toda sociedad la autoatención emerge como la primera actividad asistencial a la enfermedad antes de delegar el cuidado a los profesionales. La autoatención es una parte básica del proceso de reproducción biológico y social en el interior de los grupos domésticos/familiares, como una etapa necesaria en la “carrera del enfermo”.

La autoatención no constituye un fenómeno episódico o coyuntural que la extensión de una cobertura adecuada eliminaría. La estructuración de la vida cotidiana, el tipo de padecimientos y problemas conducen a que esa actividad sea constante, estructural y a que adquiera características diferenciales según las condiciones económicas, la composición del grupo familiar o la cobertura existente.

La autoatención a la enfermedad constituye un trabajo que nunca se acaba, opera en todos los estratos sociales y hace poner en juego todos los mecanismos de autoayuda.

La lógica de usar varios recursos terapéuticos de distintos sistemas médicos para resolver los problemas de salud/enfermedad está más generalizada en los estratos sociales más bajos, y esto es especialmente así en el caso de la población indígena, en los pueblos originarios es muy acusada la tendencia al pluralismo médico. Las clases más acomodadas suelen recurrir exclusivamente a la biomedicina, bien sea en el nivel de la autoatención o bien sea en el nivel de atención biomédica.

La lógica de integración de las distintas alternativas terapéuticas parte de la existencia de una determinada categorización: distinguiendo entre las enfermedades 'de los doctores', que en el caso de la Comarca solo pueden ser atendidas por los médicos científicos y también por 'botánicos empíricos', y las enfermedades 'indígenas', que solo pueden ser atendidas por chamanes o hechiceros.

Las familias hacen un análisis previo en el momento que se presentan las patologías, analizan el origen de la enfermedad, el tipo de mal que les están afectando, y según los resultados de este análisis, optan por una u otra alternativa terapéutica. A veces la patología se resuelve con el uso de uno de los sistemas médicos, pero otras veces se complejiza y se tienen que utilizar diferentes recursos médicos que provienen de diferentes sistemas.

En términos generales, los pacientes en territorios indígenas bien utilizan la medicina occidental para resolver los problemas biológicos o fisiológicos, o bien recurren a la medicina tradicional para resolver 'las causas culturalmente relevantes' de estas enfermedades. Para entender esta diferenciación vamos a mencionar el estudio de los azande de Evans-Pritchard: los azande eran conscientes que eran las termitas las que se carcomían los soportes de los graneros, pero la razón última, crucial para ellos, de esto era la hechicería (Evans-Pritchard, 1976). La biomedicina se concentra en los aspectos biológicos de la enfermedad, pero desde el punto de vista de los indígenas esta intervención no resuelve la complejidad del problema, existiendo otras dimensiones psicosociales o culturales que la biomedicina subordina o no toma en consideración.

Los profesionales de la biomedicina suelen tener rechazo o escepticismo hacia las concepciones ancestrales de la enfermedad, pero es fundamental que el personal sociosanitario conozca esta realidad ya que permite conocer el origen del 'mal' desde el punto de vista del paciente, prestando atención a esta importante dimensión psicosocial.

#### ***10.4. Experiencias del pasado y de la actualidad de interculturalidad en salud en Latinoamérica.***

Durante la colonización española de América destacó el caso de 'los hospitales naturales'. Estos hospitales eran por lo general instituciones religiosas que no solo contaban con profesionales de la salud sino también religiosos. Se trataba de instituciones que curaban no solo 'cuerpos' sino también 'almas'. Estas instituciones curativas contaban con profesionales sanitarios con conocimientos avanzados de medicina. Los religiosos que atendían a la población indígena debían conocer el país, y especialmente las costumbres nativas.

En el caso de los 'hospitales naturales' no se puede hablar de interculturalidad en el sentido actual, pero es destacable el interés por la salud de los indígenas, basado quizás más en una necesidad económica (mano de obra para las minas, etc) o ideológica (evangelización) que exclusivamente humanitaria, pero en cualquier caso se desarrollaron modelos de atención que pretendían estar culturalmente adaptados.

Un ejemplo destacado de los 'hospitales naturales' fue el *Hospital Real de San José de los Naturales en la Ciudad de México*, un centro fundado por los franciscanos, con el apoyo financiero de la Corona Española, que atendía exclusivamente a indígenas. Este centro hospitalario fundado a mediados del siglo XVI, era uno de los más avanzados del país. Uno de los aspectos más destacados, desde una óptica intercultural, es que permitía la intervención de médicos y parteras indígenas, y el uso de plantas medicinales. La alimentación incluía la comida regional basada en maíz (tortillas, tamales, atoles), contaba con temascales (baños de vapor indígenas), enviaba a pacientes a baños termales ubicados en la periferia de la ciudad, y su personal debía entender, comprender y manejar los usos y las costumbres de los pueblos originarios. En las ordenanzas del siglo XVII se exigían a los sacerdotes hablar lenguas indígenas (nahua y ñañú). Este hospital funcionó hasta el siglo XIX.

Estos 'hospitales naturales' a pesar de que no componen un ejemplo de interculturalidad en salud apropiada y simétrica, si constituyen un ejemplo de interacción del sistema médico científico y del sistema médico tradicional indígena en un mismo espacio.

A continuación vamos a presentar algunas experiencias de interculturalidad durante el siglo XX descritas por el antropólogo mexicano Roberto Campos Navarro y otras experiencias descritas por otros autores. Campos Navarro se centra en México, que es uno de los epicentros fundamentales de la Antropología Médica en Latinoamérica, precursor en el continente de la actual Interculturalidad en Salud. También se describe el convenio 169 y la reciente Constitución Política de Bolivia (2009), haciendo referencia a la Constitución Política de la República de Ecuador (2008), como procesos políticos que pretenden democratizar y

posibilitar la participación de los pueblos indígenas en la salud pública. Por último se describe el caso de los hospitales interculturales y las iniciativas para implementar espacios culturalmente adaptados dentro del sistema de salud formal.

La narrativa desarrollada por Roberto Campos Navarro describe un proceso histórico de desarrollo de las políticas de interculturalidad en salud: de un 'indigenismo sin indígenas' a 'un indigenismo con indígenas'. Unas políticas de salud ideadas y desarrolladas por población no nativa dirigida a las pueblos originarios ('el indigenismo sin indígenas'), hasta el actual 'indigenismo con indígenas', en el que se opta por dar un papel a los pueblos indígenas y a sus dirigentes en el diseño, elaboración e implementación de las políticas de salud.

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas se creó en 1938 el Instituto Politécnico Nacional, como alternativa a la Universidad Nacional Autónoma de México. En la licenciatura de medicina, la medicina científica se complementaba con una formación sociocultural. Junto con las materias habituales como Anatomía, Fisiología, Histología o Farmacología se incluían asignaturas específicas relacionadas con las ciencias sociales, como Sociología y Antropología.

En México, durante el gobierno de Cárdenas, la Escuela Superior de Medicina Rural contaba con servicios de antropología médica como disciplina fundamental del estudiante de medicina. Esta escuela contaba con destacados profesores indigenistas como Miguel Othón de Mendizábal, Julio de la Fuente, Alfredo Barrera y Gonzalo Aguirre Beltrán. Estos profesores y analistas destacaban el crítico estado de la salud de la población indígena y las limitaciones de los recursos curativos locales. Proponían incorporar la medicina tradicional al sistema formal de salud, y que la formación de los médicos debía tener una perspectiva antropológica. Este proyecto fue derivando a un proyecto en el que solo se impartía medicina científica, orientándolo hacia una escuela médica convencional, eliminando la perspectiva cultural-antropológica.

En 1940 se desarrolló el Primer Congreso Indigenista en Pátzcuaro (México). Este congreso marcó un hito en las políticas indigenistas latinoamericanas, pero aún sin la participación de los pueblos indígenas. A partir de esta experiencia se desarrollaron iniciativas similares en toda América Latina, con la creación de organismos e instituciones afines en Perú, Guatemala y México.

En México, Gonzalo García Beltrán estableció en la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI), teniendo como objetivo la necesaria aproximación de la medicina académica al mundo indígena. Los Centros Coordinadores del INI en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz y otros estados brindaron servicios médicos y sanitarios en regiones indígenas, e iniciaron la interculturalidad en salud basados en el libro de Gonzalo García Beltrán: *Programas de salud en la situación intercultural* (Aguirre, 1955).

A finales de la década de los '60 se creó un importante programa dirigido al área rural mexicana. En los años '80, dicho programa establece contacto con las parteras con un programa de interrelación de la medicina científica con la medicina tradicional mexicana, con una cuantificación más o menos precisa de los recursos humanos y herbolarios presentes en las Unidades Médicas Rurales y en los Hospitales de Campo. Pero estas iniciativas siguen sin contar con la participación de los pueblos indígenas.

Finales de los años '80 se consolida la corriente de antropólogos que propugna el diálogo con el mundo indígena. Esta perspectiva es inspiradora a finales de los años '80 del Convenio 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo).

El Convenio 169 es un documento del año 1989 dirigido al mundo indígena que tiene como objeto defender las identidades, las lenguas, las formas de educación y los territorios de los pueblos originarios. En el artículo primero establece su filosofía:

Los pueblos considerados indígenas deben conservar todas sus instituciones propias: culturales, económicas, sociales y políticas, o al menos una parte de ellas (OIT, Convenio 169, 1989).

En cuanto al tema de la salud y seguridad social, el artículo 24 dispone claramente que:

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (*ibid*).

En el artículo 25, inciso 1, del Convenio 169 explicita la participación directa de los pueblos originarios en las políticas sanitarias:

Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (*ibid*).

Otro apartado importante del Convenio 169 es el inciso 2 en el artículo 25 que establece:

Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (*ibid*).

Un ejemplo destacable de cambio institucional de acuerdo con el planteamiento de interculturalidad fue la adopción por Chile de la figura del 'facilitador intercultural' en los años '90. Esta figura media entre el paciente y los profesionales médicos, el 'facilitador intercultural' es un funcionario que habla la lengua originaria, conoce la medicina académica y guía a los pacientes mapuches.

Es importante insistir en que los propios pueblos indígenas deben protagonizar estos cambios institucionales. En Chile las asociaciones mapuches se hicieron cargo de la dirección y la administración de los servicios del hospital Makewe en Temuco, o del Centro de Medicina Mapuche, dentro del Complejo de Salud Intercultural en Nueva Imperial.

En diferentes naciones latinoamericanas como Ecuador (2008) o Bolivia (2009), se ha avanzado en el reconocimiento jurídico de la medicina tradicional. En la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2009, se da un importante respaldo al reconocimiento de la medicina tradicional.

[...] sus saberes y conocimientos, tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados [...] (artículo 30, II, Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

[...] promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos [...] (artículo 99, Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

Cómo último inciso del Convenio 169, cabe señalar que en el artículo 25 se propone que estas políticas de salud deben coordinarse con otras políticas y estrategias de modo que se constituyan en una política de estado.

La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país (OIT, Convenio 169, 1989)

Por último hay que destacar el modelo de los hospitales interculturales en América Latina. Estos según la mayoría de testimonios, han constituido experiencias relevantes, pero no se ha llegado a la integración o a la práctica intercultural en el sentido que los representantes de las dos medicinas compartan un respeto mutuo, o por el cual los integrantes de los dos sistemas médicos trabajen para lograr el mismo objetivo de mejorar la salud de la comunidad (Fernández Juárez 2004). Para alcanzar dicha meta es necesario que se ponga un mayor énfasis en la educación y en la comunicación intercultural (explicando qué es y para qué sirve), respecto de la comunidad en su totalidad (no solamente los indígenas) y el personal médico del hospital, para superar los obstáculos existentes.

Los hospitales interculturales en América Latina cuentan con multiplicidad de ejemplos: en Bolivia con el Hospital Tinguipaya o el Hospital Shoquena Husi, el Hospital de Cañete en Chile o el Hospital de Coetzalan en Mexico, entre algunos casos.

Pero además de los hospitales interculturales, existen otras experiencias de adecuación espacial y cultural de algunos servicios sanitarios que son muy relevantes. Ejemplos de este tipo de iniciativas son:



- ✓ La inclusión de mobiliario indígena, como realizó exitosamente Roberto Campos, incluyendo hamacas en hospitales cuya población asistencial era de mayoría indígena en México (Campos Navarro, 1997).
- ✓ Otra opción reveladora ha sido la apertura de oficinas de información intercultural, como es el caso de la oficina *Willaqkuna* en el hospital Daniel Bracamonte en Potosí (Bolivia), con el apoyo de la Cooperazione Italiana (Campos Navarro y Citarella, 2004)
- ✓ La inclusión de médicos *kallawayas* en la Red de Apolobamba (Bolivia), zona catalogada por la UNESCO como “cuna” de los *kallawayas*.
- ✓ El apoyo a la institucionalización de las medicinas indígenas, especialmente en San Pedro de Curva (Bolivia), por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
- ✓ Las salas de adecuación al parto en el hospital de Achacachi (Bolivia), en pleno corazón del altiplano aymara.
- ✓ En enero de 2011, En Guatemala, con apoyo del BID (Banco Interamericano de Desarrollo), se inició en el Hospital Regional de Cobán, con un Módulo de Atención Intercultural para adaptar culturalmente las prácticas médicas.

La finalidad de todas estas experiencias debe ser integrar estos espacios sociosanitarios en las comunidades beneficiarias más que “indianizar los hospitales” (Fernández Juárez, 2006)

### ***10.5. Beneficios e impactos de las experiencias de salud intercultural***

Para medir el nivel del impacto de las iniciativas interculturales en la salud individual y poblacional se necesitan estudios de eficacia y efectividad, la falta de investigaciones dificulta establecer una vinculación definitiva entre los efectos en la salud que tienen las iniciativas de interculturalidad. Precisamente, esto refuerza la necesidad de crear sistemas de información que capten datos que puedan ser utilizados para la evaluación de los sistemas de salud y para la investigación. La escasez de datos se da, no solo en los aspectos de la medicina tradicional, sino también en la práctica de la medicina occidental en los territorios indígenas. Es decir que no existen sistemas de información adecuados para conocer la situación sociosanitaria en los territorios indígenas.

Los curadores tradicionales ayudan en la resolución de una gran variedad de enfermedades. La medicina indígena juega un rol importante en resolver problemáticas espirituales, psicológicas y físicas. Las experiencias interculturales favorecen claramente la posibilidad de derivar de una medicina a otra, es decir cuando una de las medicinas no ayuda a resolver cierta problemática se pueda derivar de forma apropiada al enfermo a la otra medicina.

Otro beneficio de las iniciativas de salud intercultural parece ser el de mejorar el acceso a la atención primaria y secundaria de salud. En primer lugar, porque integra en un sistema más formalizado a distintos prestadores de salud. Por ejemplo, el apoyo a parteras tradicionales no sólo incrementa sus posibilidades de resolución de complicaciones del parto, sino también la derivación temprana y apropiada.

Otra razón es que la integración del sistema indígena y occidental, aún con las distintas modalidades de cada caso, genera una mayor confianza de los usuarios indígenas hacia el sistema de salud, al ver que sus valores, creencias y cultura son respetados.

Un importante beneficio de las iniciativas de interculturalidad en salud se relaciona con la confianza que genera en la población indígena respecto a los servicios de salud occidentales. Es muy general el diagnóstico que señala el considerable racismo y discriminación que sufren los indígenas en el contexto de los servicios formales de salud. La evidencia más clara de esto es la negativa de muchas mujeres embarazadas a concurrir al hospital aún en situaciones de complicaciones serias. Los estudios de caso demuestran que la existencia de las diversas prácticas interculturales impactan de forma positiva en la experiencia del usuario, en lo que se ha dado a llamar su “seguridad cultural” (Mignone, Barlett, O’Neil, 2006). El sentirse respetado a este nivel es una condición básica para la atención médica adecuada.

A nivel económico, las iniciativas interculturales son relativamente poco costosas, en parte porque las prácticas medicinales tradicionales no incrementan el gasto en salud público por el apoyo comunitario que tienen y porque sus insumos no son caros. No obstante, hay una serie de recursos que deben destinarse a articular y a permitir que funcione efectivamente el sistema intercultural. A la larga es muy posible que esa inversión sea económica, en el sentido que fortalece el sistema de atención primaria de salud (tradicional y occidental) ahorrando usos más costosos para el sistema de salud.

Es importante destacar que la implementación de programas interculturales tiene un rol significativo en la creación de espacios desde donde las comunidades indígenas fortalecen sus organizaciones e incrementan su autonomía y autogobierno. Esto concuerda con un estudio en Canadá (Papillon y Cosentino, 2004) que concluye que espacios de este tipo favorecen el desarrollo de la capacidad técnica de las comunidades indígenas para administrar sus programas sociales y económicos. Finalmente, las iniciativas interculturales en salud reafirman la importancia central de la espiritualidad indígena y sus valores sociales, lo que su vez incrementa la confianza comunitaria para plantear su autonomía respecto a la sociedad en general y al estado.

A pesar de cambios constitucionales y de los intentos de proveer capacitación con 'sensibilidad cultural' al personal de salud en varios de los países, no hay clara evidencia que se haya progresado en la aceptación de las prácticas de la medicina tradicional por parte del sistema oficial de salud. Un problema particularmente serio es que los currículos educativos de médicos y otros profesionales de la salud en países con importantes poblaciones indígenas carecen de contenidos relacionados con la 'sensibilidad cultural' y con el entendimiento de la cosmovisión indígena de salud. Esta carencia se repite en los programas de capacitación de profesionales de salud.

En algunas comunidades indígenas existe cierta tensión respecto a si la medicina tradicional debe o no practicarse dentro de los ámbitos de salud occidental. También hay opiniones encontradas respecto a la comercialización o no de productos medicinales tradicionales. Por lo tanto, es necesario que las distintas poblaciones indígenas expandan este debate para avanzar en el proceso de articulación entre las dos medicinas sin que se pierda la integridad cultural.

Existen muchos países en el continente latinoamericano en los cuales los sistemas de salud tienen dificultades para dar servicio a toda la población. Aunque se ha intentado mantener cierto nivel mínimo de servicios, la seguridad social tiene dificultades para asegurar el servicio sanitario a las capas sociales más bajas. Aún con los seguros de salud, en algunos de los países hay una alta proporción de poblaciones indígenas de bajos recursos que carecen de acceso adecuado a la medicina occidental. El argumento utilizado por las autoridades oficiales de que los indígenas utilizan la medicina tradicional como primera opción tiende a legitimar la escasa oferta de medicina occidental existente a estos beneficiarios en territorios indígenas. La existencia de un uso generalizado de medicina tradicional en zonas o territorio indígenas no

exime a las autoridades de ofrecer un acceso adecuado a la medicina occidental en estas áreas. Además se debe promover programas que articulen los dos sistemas.

Existe una opinión generalizada de la necesidad de cierto apoyo a las prácticas tradicionales indígenas de salud. No obstante, pareciera haber cierta inconsistencia en esos argumentos y más que optar por la prácticas tradicionales para mejorar el sistema formal de salud en ocasiones se entiende este apoyo como un mal menor. Uno de los factores que complica esta situación es la brecha en la comunicación existente entre los gobiernos y las comunidades y sus dirigentes indígenas.

A pesar de cambios constitucionales en varios de los países en las últimas décadas que incluyen mayor reconocimiento a la realidad indígena, en términos legislativos y reglamentarios el avance ha sido muy limitado. Existe una falta de claridad legal lo que provoca cierta opacidad en las iniciativas interculturales. Por ejemplo, médicos que participan en estas experiencias temen en algunos casos ser penalizados con su licencia médica y viceversa, curadores tradicionales indígenas pueden ser sujetos a acusaciones de prácticas ilegales de medicina. La evidencia sugirió que esto no sucede con frecuencia, pero la falta de protección legal es una traba real. Dada la variedad de prácticas tradicionales en cada país, un avance en la mayor claridad legal y reglamentaria debe realizarse en íntima consulta con las poblaciones indígenas.

El último punto que plantea un desafío importante a las experiencias interculturales de salud es su capacidad de sustentarse económicamente. La medicina tradicional indígena ha existido durante milenios. Los curadores tradicionales responden a un 'llamado' espiritual y por lo tanto no son motivados por razones materiales. En varios de los casos se ha evidenciado el papel de la comunidad en apoyar a los curadores con recursos de distinto tipo, además de cierto pago mínimo (en dinero o en especies) por parte de quienes reciben sus servicios. No obstante, estos costos son mínimos. El tema de la sustentabilidad económica de los sistemas interculturales se refiere más a la articulación entre las dos medicinas, a las decisiones de priorizar gastos, al rol del estado, de las organizaciones y de las comunidades indígenas.

## ***10.6. Riesgos y limitaciones de la salud intercultural***

Entre los posibles riesgos y limitaciones de las prácticas interculturales en salud destacan los problemas generados por la comercialización, las inequidades, la institucionalización, la pérdida de la autonomía y la popularización de los saberes tradicionales.

El riesgo de la comercialización tiene dos aspectos:

- Uno, es el que ha sido denominado como ‘biopiratería’, en el cual científicos y corporaciones utilizan el conocimiento tradicional indígena de plantas medicinales para identificar las plantas y sus usos, y luego sintetizar sus propiedades y patentar los medicamentos. Las comunidades indígenas no reciben ninguna compensación económica e irónicamente estos medicamentos terminan siendo vendidos a precios inaccesibles a estas comunidades.
- El segundo aspecto del riesgo de comercialización se refiere a la venta de medicinas naturales y formas de curación tradicionales por parte de organizaciones indígenas. El riesgo se relaciona con la desvirtuación de la medicina tradicional en el caso de mercantilizarse y volverse en un mero bien de consumo. Un estudio evidenció importantes oportunidades ofrecidas por la comercialización (particularmente en el caso de Temuco, Chile), pero a la vez se dieron opiniones de dirigentes indígenas preocupados por los posibles riesgos de la comercialización (Mignone, Barlett, O’Neil, 2006).

La desvirtuación de este tipo de prácticas médicas por la comercialización en los mercados de Medicinas Alternativas Complementarias (MAC), están asociadas a la idea de que si se convierten en bienes de consumo internacionales tenderán hacia la uniformización, poniendo en riesgo la respuesta local y contextual que este tipo de saberes y prácticas tradicionales suelen brindar. No obstante, estudios antropológicos acerca de los procesos de cambio socio-cultural en el contexto de la globalización, han demostrado que la “isomorfización” (DiMaggio/Powell, 1983), es decir, procesos que llevan a una armonización estructural y la imposición de patrones culturales muy semejantes a nivel mundial, no suelen ser unidireccionales y no siguen un camino teleológico, los resultados suelen ser variables. Estos procesos provocan respuestas muy heterogéneas en los distintos contextos locales.

Una conclusión importante es el papel central que juegan las organizaciones indígenas ‘fuertes’ en expandir la cobertura de la atención en salud en sus comunidades. Las comunidades con un tejido asociativo más fuerte tienen más capacidad para conseguir mejores recursos del estado o de entidades no-gubernamentales, para crear y equipar centros de salud, etc. El riesgo es la generación de importantes inequidades entre comunidades indígenas con un gran capital organizativo. La mitigación de este riesgo debe relacionarse con

‘equiparar hacia arriba’, es decir, que lo logrado por algunas comunidades pueda ser replicado en el menor tiempo posible en aquellas comunidades que aún carecen de esos recursos.

El tema de la institucionalización y la pérdida de autonomía de las organizaciones indígenas suelen estar relacionado con la tensión entre el control estatal y el control indígena de la atención de la salud.

- Uno de los riesgos de la institucionalización de la medicina tradicional es que estas prácticas tradicionales terminen siendo definidas, estructuradas por los paradigmas occidentales y en última instancia subsumidas a estos.
- El segundo riesgo se relaciona con la pérdida de la autonomía de las comunidades y organizaciones indígenas en términos de como estructurar, organizar y administrar los sistemas de salud que incorporan las dos medicinas. La experiencia demuestra que el valor del control comunitario se pierde en la lógica del control estatal.

El tema de ‘la popularización’ de la medicina tradicional indígena, entendido como su práctica fuera del contexto cultural y comunitario que valida a los curadores y sus prácticas, es una cuestión de gran calado. La aparición de curadores no calificados ofreciendo una variedad de servicios de salud alternativos que pueden incluir aspectos de medicina indígena es un problema serio, tanto por parte de las organizaciones indígenas como por parte de las entidades estatales. En este caso estaríamos hablando de estafas, o personas que se hacen pasar por curadores tradicionales sin tener un conocimiento real de los saberes curativos ancestrales, estas situaciones se dan con cierta regularidad.

### **10.7. Principales claves de la interculturalidad en salud en la Comarca Ngöbe Buglé.**

Los pueblos indígenas de Panamá disponen de un importante marco de protección para ejercer el autogobierno, la participación política, y la defensa de sus tradiciones que está vinculado al sistema de las comarcas. En términos de interculturalidad es destacable la aprobación de la *Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe Buglé* en 1999, dirigida a integrar a las autoridades tradicionales en el modelo político-administrativo panameño y fomentar la participación conjunta de las autoridades tradicionales con las autoridades ya existentes.

El Ministerio de Gobierno y Justicia en el Decreto Ejecutivo Nº 194, por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe Buglé:

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA en sus usos y facultades constitucionales y legales, CONSIDERANDO

Que mediante Ley Nº 10 del 7 de marzo de 1997, se crea la Comarca Ngöbe Buglé, que dispone que el Organo Ejecutivo adoptará la Carta Orgánica de la Comarca Ngöbe Buglé, en la cual se establezcan las normas de trabajo para los organismos y las autoridades instituidas en esta Comarca, con el propósito de permitir la integración y participación conjunta en el desarrollo y bienestar colectivo de la misma.

Que mediante esta Carta se reconoce el derecho a la autonomía indígena y autogestión del pueblo Ngöbe-Buglé en permanente y armónica colaboración con las entidades gubernamentales instituidas en la Comarca, procurando mantener la forma y cosmovisión de la vida cultural y el equilibrio del ambiente y la biodiversidad en que se desarrolla el pueblo Ngöbe-Buglé. (Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe Buglé, 1999).

La Carta Orgánica en el Título VIII, capítulo II, dedicado a la salud, se centra en todos los artículos en diseñar una institucionalidad específica para la medicina tradicional con una Dirección de Medicina Tradicional (que no se ha formado), una comisión técnica especializada para fusionar y armonizar la medicina tradicional y la medicina occidental (que tampoco se ha puesto en marcha). La Carta también incluye una clasificación de los médicos tradicionales en *Sukia Médico*, *Curandero* y *Partera Empírica*. Entre los médicos tradicionales y la población nativa la clasificación de los médicos tradicionales suele ser: *Sukia*, *Médico Botánico* y *Partera Empírica*.

El capítulo II del Título VIII también incluye una serie de actividades dirigidas a sistematizar y a conservar los saberes curativos tradicionales, investigar sobre estos remedios curativos y organizar los huertos de plantas curativas. Todas estas cuestiones deberían ser desarrolladas por la comisión técnica que aún no se ha puesto en marcha.

Existen iniciativas de las entidades de médicos tradicionales para la investigación, la conservación, y la organización de huertos con subvenciones públicas del ministerio de salud (MINSA), de la autoridad del medio ambiente (ANAM) o del Instituto de Investigación Agropecuario de Panamá (IDIAP).

Junto a las iniciativas de las entidades de médicos tradicionales, es destacable el rol de la Universidad Ngäbe Buklé para sistematizar el conocimiento y los saberes tradicionales.

Es importante destacar que se sigue sin cumplir con los artículos de la *Carta Organica Administrativa de la Comarca Ngöbe Buglé* en su apartado sanitario.

Un avance importante es la creación en 2011 de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas dentro del Ministerio de Salud (DASI), cuya misión es proporcionar una atención integral de la salud a los pueblos indígenas y a ayudar conservar sus conocimientos ancestrales y sus derechos fundamentales. La Dirección proporciona servicios de salud, tal como vacunaciones, odontología y despacho de medicamentos, y servicios de sensibilización y capacitación, por ejemplo a parteras y a médicos tradicionales en temas de salud relacionados con la labor que realizan en las áreas indígenas, pero no realiza sensibilización y capacitación al personal biomédico sobre medicina tradicional. Asimismo, en 2003, se propuso la creación de la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena, para promover la medicina tradicional indígena en coordinación con las autoridades tradicionales indígenas, “pero ésta no ha sido instalada hasta la fecha” (Anaya, 2014).

El personal sociosanitario en Panamá es enviado a trabajar con los pueblos indígenas, sin tener la menor idea de quiénes son los indígenas, cuál es su origen y su historia, cuáles son sus formas de pensamiento y cosmovisión, sus hábitos y sus prácticas culturales, sus recursos para sobrevivir, sus fortalezas y debilidades comunitarias, sus particulares formas de solidaridad y de expresión en los conflictos, así como sus derechos constitucionales y legales en tanto de colectividades culturalmente diferenciadas.

Según el director de la Dirección de Asuntos Sanitarios del ministerio de salud panameño:

[...] el sector de salud amerita capacitarse y sensibilizarse sobre las prácticas de medicina tradicional, esto es fundamental, conocemos que hay una falla no solamente en nuestro país, en la mayoría de los países donde se forma recurso humano de salud. No se toma en consideración dentro de las asignaturas que se dictan, materias relacionadas con la interculturalidad, esto es fundamental para poder intervenir en doble vía con estas comunidades [...] (En entrevista a C1, página 2, octubre de 2014).

A este desconocimiento se suma un enorme conjunto de prejuicios acerca de los indígenas: que son ignorantes, que no desean aceptar los cambios que les ofrece la modernidad



occidental, que prefieren a sus curanderos en vez de practicar la medicina académica, que son supersticiosos, que creen en la hechicería, que prefieren sus remedios naturales a los fármacos y a la avanzada medicina biomédica. En definitiva, los indígenas son desconocidos por las autoridades estatales, pero siguen padeciendo enfermedades simples y prevenibles (diarrea, afecciones respiratorias, etc), y siguen siendo discriminados, sufriendo grandes dificultades para acceder a los recursos vitales básicos como la educación, la salud, etc.

Este contexto, en el que el personal sociosanitario tiene que interaccionar con poblaciones indígenas desconociendo su cultura, es lo que Roberto Campos define como “interculturalidad forzada” (Campos Navarro, 2010). Es necesario constatar que la medicina occidental en la Comarca Ngäbe Buglé resulta pobre, insuficiente e incapaz de solucionar los problemas de la población, “medicina basada en la indigencia” (Entrevista a C2, página 1).

En mayo de 2016 se aprobó el tercer debate del proyecto de ley Nº 80 que busca proteger la medicina tradicional, que tiene como objetivos reconocer, poner en valor y promover la conservación de las prácticas médicas ancestrales. Este proyecto de ley trata de fortalecer la práctica médica tradicional sin mencionar la sensibilización y la capacitación del personal biomédico, y sin hacer mención a la práctica conjunta de la medicina tradicional y de la medicina occidental. Es un planteamiento unidireccional que no considera los dos sistemas médicos de forma horizontal, ni tiene en cuenta sus posibles sinergias e interrelaciones, va dirigido exclusivamente a subvencionar y a apoyar las prácticas del sistema médico tradicional en sus ámbitos y en sus espacios sin integrarlos en el sistema formal de salud.

En 2011, el ministerio de salud panameño en el marco de un convenio firmado con ASASTRAN desarrolló una experiencia de trabajo conjunto de médicos tradicionales y médicos científicos en 5 centros de salud de los 10 centros que dispone la Comarca Ngäbe Buglé. No se ha vuelto a desarrollar una iniciativa de características similares y se incumplió el convenio firmado durante los años siguientes al 2011.

De acuerdo con el *Diagnóstico Situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá 2008-2010* elaborado por el MINSA (ministerio de salud panameño) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe la necesidad de promover la interculturalidad en los servicios de salud, adecuando el modelo de atención y las infraestructuras existentes para que respondan a las necesidades y visión de los pueblos indígenas mediante la provisión, entre otras cosas, de espacios para el parto vertical tradicional en las salas de parto; casas maternas próximas a un hospital, en donde las mujeres de alto riesgo obstétrico puedan estar bajo control durante las dos o tres semanas previas al parto; y albergues comunitarios en donde la partera o los miembros de la familia que acompañen a una paciente puedan alojarse por unos días, puesto que carecen de vivienda en la vecindad. Este tipo de medidas no se han implementado.

La práctica de integrar la medicina tradicional indígena y la medicina occidental es cada vez más común en distintos sistemas de salud de una variedad de países.

La interculturalidad en salud puede ser entendida como políticas sociosanitarias de atención que articulan la medicina indígena y la occidental donde las dos medicinas son consideradas complementarias. Las premisas básicas son la del respeto mutuo, el reconocimiento igualitario de los conocimientos, la voluntad para interactuar y la flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones.

La salud intercultural se da a diferentes niveles: en la familia, en el trabajador de salud, en el centro de salud, en el hospital y en el sistema de salud. Eduardo Menéndez describe tres niveles de atención:

- ✓ El nivel de autoatención que se da en el grupo primario (familia y cercanos) que compone el primer nivel de atención.
- ✓ El nivel de atención tradicional que se da en la comunidad. Entre los líderes y las autoridades sanitarias tradicionales y la sociedad civil, este compone el segundo nivel de atención.
- ✓ Y por último el nivel de atención médica que se da en los servicios médicos formales (centros de salud y hospitales). Es el tercer nivel de atención sanitaria según Menéndez.

Una salud intercultural debe demostrar un impacto positivo en los individuos y las poblaciones atendidas; debe ser sostenible, sensible y pertinente a las necesidades del paciente, la comunidad y a la realidad cultural y medioambiental; estar centrada en el paciente incluyendo su género e inserción social; mejorar el acceso, coordinar e integrar servicios, ser eficiente y flexible; demostrar liderazgo; debe ser innovadora; mostrar potencial para ser replicada en otras circunstancias; identificar necesidades de salud y de políticas sanitarias adecuadas; y debe ser factible, debe ser evaluada (Mable y Marriott, 2001).

Un impacto positivo de las experiencias interculturales se relaciona con el desarrollo comunitario indígena, con la revalorización del conocimiento indígena, con la continuidad cultural y con el orgullo como pueblo, es decir tienen un componente de empoderamiento. Estas iniciativas no sólo parecen impactar positivamente al cuidado de la salud, sino también en la participación y en la organización comunitaria, que indirectamente afectan determinantes sociales de salud (por ejemplo nutrición, empleo, etc.).

A continuación vamos a presentar de forma esquemática algunas características destacadas de las políticas de interculturalidad en salud en la Comarca Ngäbe Buglé:

Como factores que pueden ser considerados positivos en pro de una interculturalidad en salud en la Comarca Ngäbe Buglé podemos destacar:

- **Si hay bilingüismo.** Una parte de personal sociosanitario de los centros de salud es de origen nativo por lo que conoce la lengua local (fundamentalmente enfermeros y enfermeras) lo que posibilita la atención bilingüe.
- **Avances importantes en la legislación.** Por las leyes comarcales presentes en la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe Buglé (1999), y la ley 80 para el reconocimiento y la conservación de la medicina tradicional.
- **Existen experiencias de trabajo conjunto de médicos tradicionales y médicos científicos en la Comarca Ngäbe Buglé.** Durante 2011 trabajaron conjuntamente médicos tradicionales y médicos científicos en 5 de los 10 centros de la Comarca.
- **Iniciativas de capacitación a los médicos tradicionales.** Las capacitaciones tienen como fundamento ciertos aspectos, que según las autoridades sanitarias los médicos tradicionales deben modificar para optimizar sus prácticas y obtener mejoras sociosanitarias en la atención a la población. Estas capacitaciones van exclusivamente dirigidas a las parteras empíricas y a los botánicos tradicionales (no a los *sukias*).
- **La existencia de convenios y acciones para promover la medicina tradicional.** Existen importantes acciones para la investigación de plantas curativas. Convenios dirigidos a las entidades de médicos tradicionales para subvencionar el ejercicio de la medicina tradicional.

Como elementos negativos para una interculturalidad en salud en la Comarca Ngäbe Buglé:

- **Falta de enfoque antropológico.** Existen algunos seminarios o cursos en las universidades panameñas con enfoque intercultural en materias de salud. Pero estas materias no se ofrece de forma sistemática al personal que atiende en los centros de salud por lo que la gran mayoría del personal sociosanitario no recibe esta formación.
- **Nula adecuación arquitectónica de los espacios a la idiosincrasia y las costumbres locales.** Los centros de salud en el territorio comarcal reproducen el mismo modelo de los espacios sociosanitarios de los entornos urbanos.
- **Inexistente formación del personal médico no nativo en la cultura y las costumbres locales.** El personal sociosanitario no nativo que llega a la Comarca no dispone de ninguna capacitación entorno a las costumbres y a los hábitos sanitarios de la población nativa.

- **El incumplimiento de los artículos de la Carta Orgánica Administrativa.** A pesar de todos los avances, insistir en que la Dirección de Medicina Tradicional y la comisión técnica dirigida a implementar la medicina tradicional en la salud pública no se han activado aún en la Comarca, y las leyes que dictaban la necesidad de poner en marcha estas instituciones se aprobaron hace más de 15 años (Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé, 1999) y aún no se han puesto en marcha.
- **La falta de interacción de los dos sistemas médicos.** A excepción de una experiencia en 2011 (que no tuvo continuidad, incumpléndose el convenio firmado), los médicos tradicionales y los médicos científicos no colaboran en un mismo espacio. No trabajan de forma complementaria en los lugares designados por las leyes, en los centros de salud.



## 11. Análisis del material empírico, fuentes documentales y entrevistas

---

Antes de exponer los análisis realizados, las diferentes temáticas y las líneas discursivas presente en las entrevistas, es importante destacar una serie de breves apuntes:

– La interculturalidad en salud en América Latina se define en la presente tesis como una política sociosanitaria que tiene como finalidad la armonización, la fusión, la mezcla o la complementariedad de dos culturas médicas: la tradicional indígena, que es la cultura originaria presente cuando los europeos llegaron a América, y la occidental, de rango científico reconocido. La cultura científica es hegemónica y dominante, mientras que la cultura tradicional es subalterna y subordinada (Menéndez, 1990).

En el caso panameño, a pesar de las legislaciones en pro de la interculturalidad en salud, las formas tradicionales de curación siguen sufriendo un alto grado de discriminación por parte del sistema formal de salud, al considerarlas primitivas, inferiores e irracionales. Las prácticas sanitarias tradicionales buscan legitimarse frente a unas instituciones que, por una parte, ‘culturalizan’ las diferencias reificándolas y, por otra parte, subordinan los factores políticos y sociales.

– Existen dos visiones de la cultura: una la concibe como algo estático y que responde a una lógica interna, y otra la entiende como algo dinámico y en continuo diálogo con otras culturas.

– Ahora bien, interculturalidad en salud, ¿para qué? Algunos consideran la interculturalidad como una forma de conservación de una cultura milenaria, observando esta última desde una perspectiva estática, como el mantenimiento de una reliquia. Otras perspectivas entienden la interculturalidad como una oportunidad de integración de la cultura “inferiorizada” (Mignolo, 2007), para aprovechar todas sus potencialidades. Esta integración atiende a factores culturales, políticos y económicos, esta relacionada con la existencia de una desigualdad multidimensional.

– Por último, conviene apuntar que los análisis actuales tienen como uno de los focos: las prácticas médicas de los botánicos, diferenciándolas de las prácticas de los chamanes (sukias o brujos). Debido al especial interés que suscita en el investigador los botánicos como actor emergente e innovador de la tradición ngöbe, la presente tesis se ha centrado en este agente de salud mientras que a las parteras tradicionales se las describe de forma sucinta. Importante matizar que aunque los botánicos son mayoritariamente sexo masculino también las hay de sexo femenino, y algunas de estas últimas han sido entrevistadas en la investigación.

A continuación se exponen las principales líneas argumentales y discursivas presentes en las entrevistas, clasificadas en tres apartados: la desigualdad en Panamá, la imagen de lo indígena en Panamá, y las prácticas sociosanitarias y la interculturalidad en salud en la Comarca Ngäbe Buglé. Estas líneas se desarrollan y se explicitan por medio de informes técnicos y textos académicos.

## ***11.1. La desigualdad en Panamá***

### **11.1.1. Los discursos y opiniones sobre la pobreza.**

La pobreza es un fenómeno complejo, estructural y multidimensional para el cual no se ha encontrado una metodología de medición perfecta. Desde diferentes organismos e instituciones públicas y privadas, se han invertido muchos esfuerzos de investigación, pero la fórmula óptima para medir esta problemática no ha logrado ser identificada. Tras el fin de la discusión que marcaban los Objetivos del Milenio (los ODMs), se ha abierto una discusión en diferentes oficinas del Sistema de las Naciones Unidas, dentro del marco de la Agenda Para el Desarrollo Post 2015, acerca del modo más adecuado para abordar la pobreza. Este debate aún no ha concluido.

El principal referente de la pobreza analizada como un indicador socioeconómico es la tasa de pobreza. En el caso panameño, esta tasa viene fijada por las rentas que están por debajo de los 105,19 dólares mensuales, en áreas rurales, y 141,53 dólares mensuales, en áreas urbanas.

El Ministerio de Economía panameño, además de analizar la pobreza, también estudia la indigencia. El MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) define esta última como el ingreso mínimo de que debe disponer una persona para poder pagar “la canasta básica de alimentos”. En el caso urbano, esta cantidad debe superar los 69,46 dólares mensuales y, en el caso rural, los 58,78 dólares mensuales.

Dadas las condiciones particulares de las comarcas indígenas, los sistemas de medición de la pobreza que se aplican a las mismas poseen igualmente ciertas particularidades. El sistema económico que se sigue generalmente en las comarcas es de autosuficiencia, basado en la agricultura y la ganadería: consumen, en muchos casos, los bienes que producen. Las tierras son colectivas y pertenecen a la comunidad. Este tipo de bienes no entra en la economía de mercado. Aunque es preciso matizar que en las comarcas sí existe una economía monetaria, pero está muy extendida la economía no monetaria o incluso el trueque, el intercambio de mercancías y servicios sin mediar la moneda. Al no valorar los elementos y los recursos “no monetarizados”: las tierras colectivas, los saberes y los conocimientos tradicionales, las formas

de vida comunitarias, etc, hacen que los indígenas solo dispongan de “pasivos”, por lo tanto solo son sujetos de necesidad.

La fuente principal de trabajo de los miembros de las comarcas indígenas ha sido siempre y sigue siendo la agricultura, en especial, de cultivos de subsistencia. Los ingresos laborales mensuales que se perciben o se declaran por realizar estas actividades distan mucho de alcanzar lo necesario para sufragar una canasta básica de alimentos (para superar la indigencia), más aún cuando tienen que ser repartidos entre una cantidad considerable de miembros familiares. Los hogares indígenas están constituidos por más integrantes que los hogares medios panameños, rurales o urbanos: si el promedio nacional es de 3,8 personas por vivienda, en la comarca Ngäbe Buglé este promedio asciende a 6,9 personas por vivienda.

**Tabla 11:** Número de personas por vivienda, línea de indigencia y pobreza en las Comarcas Indígenas analizadas por el MEF.

Comarcas Indígenas	Promedio de personas por hogar	Línea de indigencia (En balboas)	Línea de pobreza general (En balboas)
Kuna Yala .....	6.1	58.78	105.19
Emberá .....	6.9	58.78	105.19
Ngäbe Buglé.	6.9	58.78	105.19

<sup>36</sup>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2014

El ingreso laboral por autoconsumo, en los casos de la economía de subsistencia, es medido (por las investigaciones del MEF) a través de la valoración monetaria que hace el entrevistado, de los productos cosechados para su alimentación. Esta es una valoración subjetiva que adolece de suficientes variables de control. El encuestado debe recordar las cantidades cosechadas de cada producto y especificar cuáles, de entre aquellas, utiliza para su consumo diario. Debe, además, estimar qué valor monetario aproximado tienen dichos bienes en el mercado.

A continuación se presenta un gráfico indicando los ingresos mínimos mensuales (en dólares) para superar la pobreza y la indigencia en Panamá:

<sup>36</sup> Balboa es como se denomina el dólar en Panamá. Aunque en el caso de la moneda (no papel, *coins*) existen centímos de Balboa en circulación, lo que no existe son billetes que no sean dólares.



**Tabla 12:** Pobreza e indigencia en Panamá.

Años	Indigencia		Pobreza	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Marzo				
2011	57.70	48.63	122.57	90.97
2012	62.77	52.65	130.96	97.38
2013	66.47	56.12	136.91	101.83
2014	69.46	58.78	141.53	105.19

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de Panamá, en Pobre e Indigencia. Encuesta Mercado Laboral, marzo 2014.

En Panamá han ido mejorando los indicadores sociales. En el año 2000, la tasa de pobreza se cifraba en 36,8% y, en 2014, descendió hasta el 25,8%. Según mediciones del Ministerio de Economía y Finanzas publicadas en una nota de prensa<sup>37</sup>, la tasa de pobreza en 2015 ha logrado colocarse en torno al 22%. En los últimos años, el Istmo ha conseguido una importante reducción de los niveles de indigencia y de pobreza generales. No obstante, estos índices son todavía muy elevados en las comarcas indígenas y en áreas rurales.

**Gráfico 6:** Evolución de la tasa de pobreza en Panamá

**Fuente:** Banco Mundial en <http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>, Consultado el 15/06/2016.

Los entrevistados, y la gran mayoría de la población panameña, consideran la reducción de esta tasa como uno de los grandes éxitos económicos del país, junto con el crecimiento económico y la exitosa gestión del Canal.

Pero si partimos [de] que los criterios para distinguir [la] pobreza son los que son... pues Panamá los [ha] ido superando. A principios de los 90 el índice de pobreza estaba por el 40%, y hoy día andaba por el 20%, algo así... Entonces, ahí lo hemos estado haciendo razonablemente bien, de manera comparada. (A3, página 1)

<sup>37</sup> <http://www.mef.gob.pa/es/noticias/Paginas/PobrezaenPanamabaja25en2014a22en2015.aspx>. Consultado el 17/06/2016.

He aquí los datos desglosados que muestran la reducción de la tasa de pobreza en los últimos años:

**Tabla 13:** Pobreza extrema y pobreza general en Panamá.

Año	Total		Pobreza extrema		Pobreza general	
	Indigencia	Pobreza	Urbana	Rural	Urbana	Rural
2010	12.2	29.8	4.1	27.0	16.6	54.1
2011	11.5	27.6	3.4	26.6	15.3	50.4
2012	11.1	26.5	3.1	26.5	14.7	49.9
2013 (marzo)	11.1	26.2	3.1	26.7	14.2	49.7
2014 (marzo)	11.0	25.8	3.3	26.3	13.8	49.7

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de Panamá, en Pobre e Indigencia. Encuesta Mercado Laboral, marzo 2014.

El discurso de las élites gobernantes vincula esta mejora a una política de baja fiscalidad que atrae la inversión extranjera, lo cual se traduce en una economía más dinámica que favorece el crecimiento económico, el descenso del desempleo y una paulatina disminución de la tasa de pobreza. En este sentido, es significativa la opinión del Vicepresidente de la Fundación Libertad (A4), lobby muy influyente en Panamá:

Panamá tiene impuestos territoriales, lo que hace que en conjunto los impuestos sean bajos [gran parte de la renta es extraterritorial]. Esa renta viene a Panamá por el régimen fiscal. Y Panamá tiene 15 años creciendo a un promedio de 8.2% anual: hemos bajado la pobreza a la mitad y hemos disminuido el desempleo en más de la mitad. La medición del PNUD nos pone como una nación de ingreso medio/alto. Encima, per cápita, tenemos el presupuesto más alto de AL (América Latina) (A4, página 1)

Pero este modelo económico exitoso arrastra una serie de déficits, como la irregular distribución de la riqueza, con un alto grado de desigualdad, que se manifiesta en indicadores como el índice Gini (51,7 en el año 2013, siguiendo los datos del Banco Mundial<sup>38</sup>).

En la tabla que se presenta a continuación puede observarse que pocos países, de entre los cuales se cuenta Panamá, superan el 50 en el Coeficiente Gini. De los 80 países analizados (en la tabla 12) por el Banco Mundial solo 6 sobrepasan el Coeficiente Gini de Panamá.

**Tabla 14:** Coeficiente Gini en 80 países.

País	2011	2012	2013
<u>Albania</u>		29,0	
<u>Alemania</u>	30,1		
<u>Argentina</u>	43,6	42,5	42,3
<u>Armenia</u>	31,3	30,5	31,5
<u>Austria</u>	30,8	30,5	

<sup>38</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>. Consultado el 15/06/2016

País	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
<u>Belarús</u>	26,5	26,0	
<u>Bélgica</u>	28,4	27,6	
<u>Benin</u>	43,4		
<u>Bután</u>		38,7	
<u>Bolivia</u>	46,3	46,7	48,1
<u>Brasil</u>	53,1	52,7	52,9
<u>Bulgaria</u>	34,3	36,0	
<u>Camboya</u>	31,7	30,8	
<u>Chad</u>	43,3		
<u>Chile</u>	50,8		50,5
<u>Chipre</u>	32,6	34,3	
<u>Colombia</u>	54,2	53,5	53,5
<u>Congo, República del</u>	40,2		
<u>Congo, República Democrática del</u>		42,1	
<u>Costa Rica</u>	48,6	48,6	49,2
<u>Croacia</u>	32,0		
<u>Dinamarca</u>	29,5	29,1	
<u>Yibouti</u>		45,1	
<u>Ecuador</u>	46,2	46,6	47,3
<u>El Salvador</u>	42,4	41,8	43,5
<u>Eslovenia</u>	24,9	25,6	
<u>España</u>	36,1	35,9	
<u>Estados Unidos</u>			41,1
<u>Estonia</u>	32,7	33,2	
<u>Federación de Rusia</u>	41,0	41,6	
<u>Filipinas</u>		43,0	
<u>Finlandia</u>	27,7	27,1	
<u>Francia</u>	33,4	33,1	
<u>Georgia</u>	41,6	41,4	40,0
<u>Grecia</u>	35,7	36,7	
<u>Guatemala</u>	52,4		
<u>Guinea</u>		33,7	
<u>Haití</u>		60,8	
<u>Honduras</u>	57,4	57,4	53,7

País	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
<u>Hungría</u>	28,9	30,6	
<u>Irán, República Islámica del</u>			37,4
<u>Iraq</u>		29,5	
<u>Irlanda</u>	32,3	32,5	
<u>Islandia</u>	27,0	26,9	
<u>Italia</u>	34,5	35,2	
<u>Kazajistán</u>	27,4	27,4	26,4
<u>Kirguistán</u>	27,8	27,4	
<u>Letonia</u>	36,0	35,5	
<u>Lituania</u>	32,6	35,2	
<u>Luxemburgo</u>	32,4	34,8	
<u>Mauricio</u>		35,8	
<u>México</u>		48,1	
<u>Mongolia</u>	33,9	33,8	
<u>Montenegro</u>	30,6	32,2	33,2
<u>Níger</u>	31,5		
<u>Noruega</u>	25,5	25,9	
<u>Países Bajos</u>	28,2	28,0	
<b><u>Panamá</u></b>	51,8	51,9	51,7
<u>Paraguay</u>	52,6	48,2	48,3
<u>Perú</u>	45,5	45,1	44,7
<u>Polonia</u>	32,8	32,4	
<u>Portugal</u>	36,3	36,0	
<u>Reino Unido</u>	33,7	32,6	
<u>República Checa</u>	26,4	26,1	
<u>República Democrática Popular Lao</u>		37,9	
<u>República de Moldavia</u>	30,6	29,2	28,5
<u>República Dominicana</u>	47,4	45,7	47,1
<u>República Eslovaca</u>	26,6	26,1	
<u>Rumania</u>	27,2	27,3	
<u>Senegal</u>	40,3		
<u>Sierra Leona</u>	34,0		
<u>Suiza</u>		38,6	
<u>Tailandia</u>	63,4		

País	2011	2012	2013
<u>Tanzania</u>	27,2	27,3	
<u>Togo</u>	31,8	31,6	
<u>Turquía</u>	37,5	39,3	
<u>Ucrania</u>	37,8		
<u>Uganda</u>	46,0		
<u>Uruguay</u>	40,0	40,2	
<u>Vietnam</u>	24,6	24,7	24,6

**Fuente:** Banco Mundial, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>. Consultado el 15/06/2016

Según datos del Banco Mundial, el 20% más rico de la población de Panamá acumula el 56% de los ingresos en el país, mientras que el 10% más pobre solo dispone del 3,3% de dichos ingresos.

Esta desigualdad, según posiciones críticas hacia el modelo de desarrollo económico, es resultado de modelos de crecimiento como el *trickle down* o ‘goteo hacia abajo’. En este último, los recursos económicos se distribuyen principalmente en la cúpula de la sociedad, y las riquezas que desbordan a este segmento social llegan al resto de la sociedad por medio de ‘goteo’, es decir, de forma precaria y restringida. En palabras del experto en gobernabilidad del PNUD y presidente del CIDEM (Centro de Iniciativas Democráticas): “La fórmula de las élites es llegar a la inclusión a través del *trickle down* —que dicen los gringos—, a través del goteo... del crecimiento económico.” (A3, página 2).

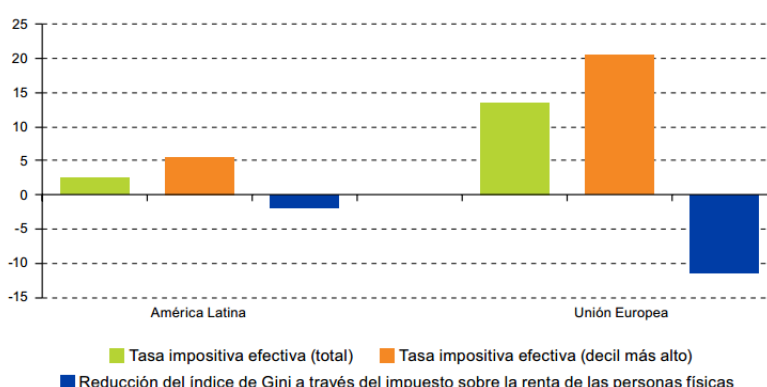
El crecimiento por ‘goteo hacia abajo’ o *trickle down*<sup>39</sup> distribuye los recursos de forma piramidal: la cúspide de la pirámide acumula la mayoría de los recursos; cuanto se desborda desciende a la mitad de la pirámide, cuyos recursos son menores en relación a la cúspide; y, por último, los recursos que logran llegar a la base de la pirámide son escasos. El ‘goteo hacia abajo’ es un modo manifiestamente desigual de distribuir la riqueza, que incide con desemejanza en las clases sociales: muy intensamente en las clases más acomodadas (y más beneficiadas), con menor intensidad en las clases medias (poco beneficiadas), y de forma residual en las clases bajas. Durante los años 80 y 90 tuvo gran influencia el *trickle down theory*, sugiriendo que los beneficios del crecimiento acabarían favoreciendo a las personas más pobres, aunque nunca se confirmara esta posibilidad. Este tipo de planteamientos podemos entenderlos como los más liberales, cuyas formas de fiscalidad no son progresivas, provocan que la riqueza llegue a las clases populares de forma muy restringida, mediada por los principales receptores de beneficios, por el gran capital.

<sup>39</sup> El concepto de ‘trickle down’ está vinculado, en el mundo anglosajón, a los críticos de las políticas económicas de la administración Reagan, denominadas ‘Reaganomics’.

Según “La Tributación para el Crecimiento Inclusivo”, estudio realizado en marzo de 2016 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) junto con OXFAM, el 10% de la población con mayores ingresos de Panamá tributa entre el 1% y el 3% de su ingreso bruto. Una comparativa de la presión fiscal sobre las rentas entre América Latina y la Unión Europea muestra la baja fiscalidad de América Latina, así como la débil presión fiscal sobre el cuartil con más ingresos. Ello conlleva unos exiguos resultados en la disminución del Índice Gini en Latinoamérica: el sistema tributario logra, en promedio, una reducción de la desigualdad en un 2,1%, mientras que en 27 países de la Unión Europea la reducción es del 11,6%.

**Gráfico 7:** Tasa efectiva de impuesto de la renta en LATAM y UE.

**América Latina (16 países) y la Unión Europea (27 países): tasa efectiva del impuesto sobre la renta de las personas físicas y reducción de la desigualdad debida a ese impuesto, 2011<sup>a b</sup>**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de EUROMOD statistics on Distribution and Decomposition of Disposable Income, 2015 [en línea] <https://www.euromod.ac.uk/using-euromod/statistics/>; y datos de CEPAL.

Teniendo en cuenta que el Estado cuenta con pocos recursos para la redistribución, como consecuencia de una presión fiscal muy baja, el modelo de crecimiento *trickle down* genera problemas de desigualdad, de exclusión y de vulnerabilidad. Parece, pues, ineficaz para reducir la desigualdad. En el caso panameño, sin embargo, el auge ininterrumpido de este modelo durante las últimas décadas ha posibilitado un considerable decrecimiento de la pobreza.

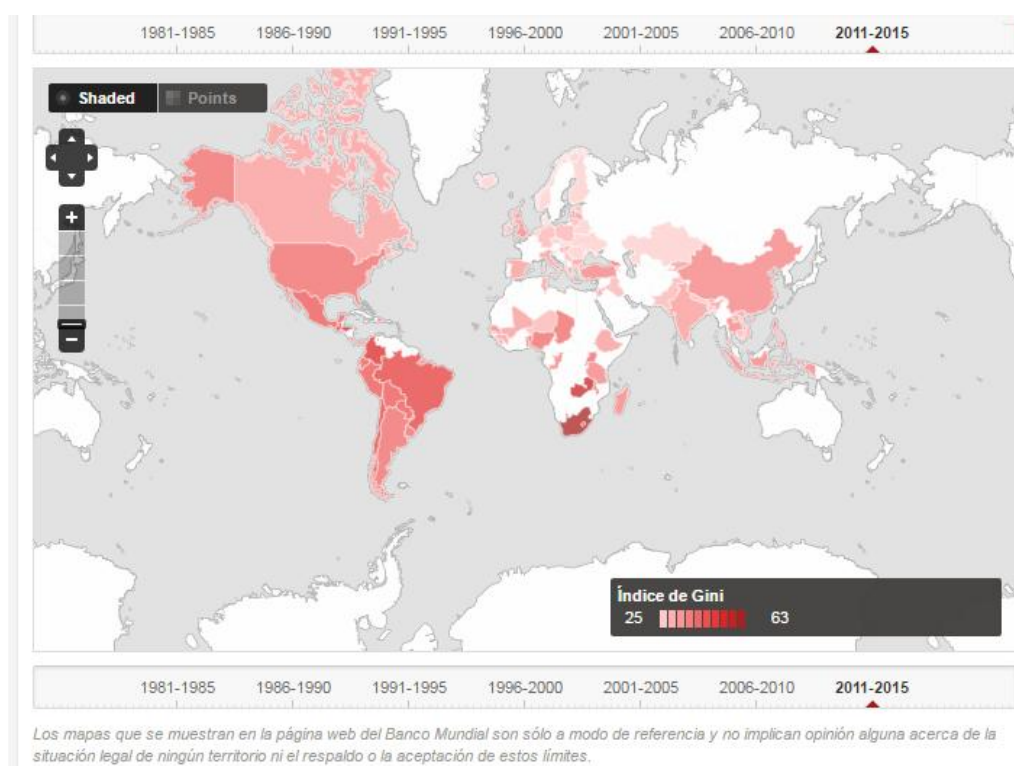
Según el experto en gobernabilidad y director del CIDEM (Centro de Iniciativas Democráticas), el *trickle down* es ineficiente para resolver el problema de la desigualdad, poniendo especial acento en las disparidades del modelo económico panameño:

Me parece que Gini entiende la riqueza así: como riqueza producida por la sociedad. Habiendo reconocido que Gini y el índice de pobreza son complementarios, debo decir que siempre me ha parecido que el Gini tiene la ventaja de relacionar mejor lo social con lo político. Eso que CEGR (iniciales de A4) llama "envidia" yo lo veo como las subjetividades inevitables de la política. Gini es un indicador tan elocuente política y socialmente que, por ejemplo, según los informes que pude escuchar de los especialistas sobre el tema del Informe Estado de la Región, la variable que explica violencia y la inseguridad en América Central es la inequidad, no la pobreza ni ninguna otra. La desigualdad es un problema tan importante que hace un par de años el economista Rubén Lachman —que creo que no entra en la categoría de envidioso—, lo abordó en una conferencia en la Cámara de Comercio —que no tiene nada de bolivariana—. Con datos por él recabados, apuntó [a] que los

niveles de retorno de las empresas en Panamá eran los más altos de la región y no, precisamente, por ser muy eficientes. (A3, conversación en redes sociales, página 4)

A juicio del presidente del CIDEM hay indicadores, como el Coeficiente de Gini, que permiten visibilizar las dimensiones políticas y sociales de la desigualdad. Este índice alerta frente a un crecimiento sin redistribución o con una redistribución limitada, por el bajo peso del sector público en la economía, por políticas fiscales no progresivas con impuestos mínimos a las altas rentas de trabajo y capital, etc. El índice Gini es capaz de medir cualquier tipo de distribución desigual, mientras que la tasa de pobreza, al atender exclusivamente a la renta, puede pasar por alto elementos clave en la desigualdad de un país.

Ahora bien, el índice Gini, como todo indicador, es relativo. Algunos de los países más pobres del mundo, como Níger (31,5: Banco Mundial 2011) o Sierra Leona (34,0: Banco Mundial 2011), cuentan con unos valores de desigualdad considerablemente inferiores a los de Panamá (51,9: Banco Mundial 2013), a pesar de ser mayor su nivel de pobreza y menor su desarrollo en relación a Panamá.



**Fuente:** Banco Mundial, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>. Consultado el 15/06/2016.

En definitiva, los estudios sobre la pobreza distan mucho de haber encontrado estándares definitivos de medición, que garanticen datos universalmente fiables y válidos. Multiplicidad de datos e indicadores, así como el contexto específico del país deben ser sopesados para entender esta compleja problemática. Se define a los pobres mediante la agregación de diversos indicadores, un ejemplo son los sucesivos Informes sobre el desarrollo humano publicados por el PNUD desde 1990, el índice aplicado en Noruega (salud, inserción social, situación de trabajo, condiciones de alojamiento e ingresos) o el índice de privación material y

social elaborado por Townsend (1993). La medición de la pobreza puede ser más consistente en estas últimas metodologías pero no existe unanimidad para su comparación (Ovejero, 2014).

Panamá cuenta con dos instituciones referenciales en el estudio de la pobreza: el Ministerio de Economía y Finanzas, y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ambos organismos dedican un informe específico a la desigualdad y a la pobreza en Panamá: titulados “Pobreza e Indigencia”, y “El Informe Nacional de Desarrollo Humano de Panamá”, respectivamente.

Hemos visto que el Ministerio de Economía y Finanzas se centra en la tasa de pobreza y de indigencia, teniendo como referencia la disparidad en los ingresos y en el consumo. El PNUD contempla dimensiones distintas en su análisis de la pobreza y considera otros indicadores para medir estos fenómenos. Así, por ejemplo, el Índice de Pobreza Humana (IPH) cuantifica la vulnerabilidad en relación a las oportunidades y a las necesidades básicas de la población. Este indicador analiza una serie de factores interrelacionados, la carencia en alguno de los cuales supone una difícil barrera para superar la pobreza tanto leve como severa.

La IPH cuantifica 6 criterios:

- ✓ La alimentación o la nutrición.
- ✓ La capacidad de evitar contraer enfermedades prevenibles.
- ✓ La capacidad para la protección del medio ambiente.
- ✓ La privación de la capacidad para vestirse.
- ✓ La falta de capacidad para movilidad y el desplazamiento.
- ✓ La privación de la educación.

La perspectiva del desarrollo humano y de la pobreza multidimensional del PNUD está notablemente influida por Amartya Sen, economista indio y premio Nobel, Martha Nussbaum, filósofa, y Sabine Alkire, directora global de la Iniciativa para la Pobreza y el Desarrollo Humano de la Universidad Oxford.

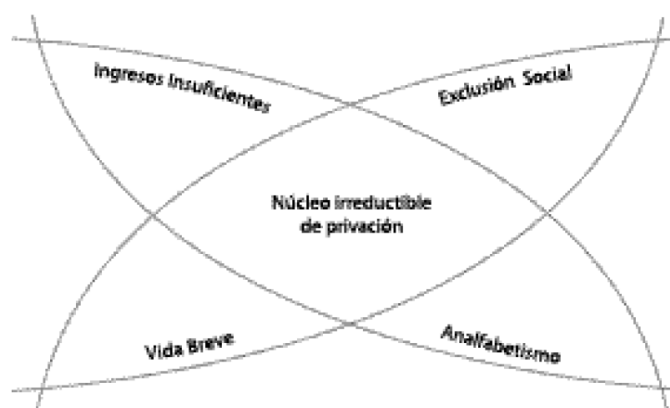
Martha Nussbaum y Amartya Sean promovieron el concepto de ‘capacidades’ durante la década de los 80. Las definieron como libertades sustanciales: la posibilidad de vivir una larga vida, de llevar a cabo transacciones económicas o de participar en actividades políticas. Estos autores cifraron en dichas ‘capacidades’ el desarrollo y la pobreza. Ello supuso un evidente contraste con las aproximaciones teóricas que se habían hecho en torno al desarrollo hasta ese momento.

Sabine Alkire es otra de las impulsoras del concepto de ‘pobreza multidimensional’ como privación de las ‘capacidades básicas’. Alkire se aproximó a la pobreza atendiendo a varios factores, y no reduciéndola a una situación de ingresos económicos exiguos. Junto con la



Growth Comission<sup>40</sup> estudió países con tasas de crecimiento superiores al 7%, que no habían logrado reducir de forma significativa su nivel de pobreza multidimensional en los últimos 25 años. Por ejemplo, Indonesia, con 28% de desnutrición infantil, Botswana, cuyo nivel de desnutrición general de 30%, etc. Amartya Sen sostiene que, en lo que a la pobreza se refiere, las necesidades están íntimamente relacionadas con los valores de una sociedad.

A continuación se presenta un diagrama que, considerando los 6 factores del IPH (Índice de Pobreza Humana), establece su centro como lo que Amartya Sen denomina el núcleo irreducible de privación absoluta, es decir, como la situación de pobreza total. Esta última viene dada por la intersección de deficiencias económicas (falta de ingreso), educativas (analfabetismo), sanitarias (vida breve) y sociales (exclusión social por razones de género, etnia, edad, etc.). A ello, Sen (1978) añade que el núcleo irreducible de privación —la pobreza extrema— se traduce en muerte por hambre, desnutrición y miseria evidente.



**Fuente:** PNUD, en Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002.

El PNUD utiliza diferentes criterios para definir el Índice de Pobreza Humana (IPH): económicos (los ingresos), educativos (el analfabetismo), sanitarios (la longevidad) y sociales (la exclusión social). Así pues, analiza la pobreza desde un enfoque multidimensional.

A juicio de Sen, existe otro grupo de necesidades que muestra un carácter relativo o variable en función del tipo de cultura y de sociedad. Ejemplos de dichas necesidades son la capacidad para vivir sin avergonzarse, la participación en la vida comunitaria y la autoestima o respeto de sí mismo/a. En la pobreza relativa, los factores histórico-culturales —incluyendo valores y estructura de comercialización— inciden en la creación de capacidades para satisfacer las necesidades.

Existen, pues, diferencias manifiestas en el modo en que sociedades y grupos humanos hacen frente a las carencias. El tipo de ropa que es adecuado llevar, la naturaleza de las actividades

<sup>40</sup> [http://www.cepal.org/deype/noticias/paginas/8/39508/s\\_alkire\\_1.pdf](http://www.cepal.org/deype/noticias/paginas/8/39508/s_alkire_1.pdf). Consultado el 15/06/2016

sociales, el empleo del tiempo libre, así como el uso, generalizado o no, de determinados bienes de consumo son algunos de los factores que repercuten en las formas de vida, considerados necesarios y adoptados colectivamente (Sen, 1984).

En definitiva, ciertos criterios culturales rigen ‘los modos de vida’ y determinan lo que las diferentes sociedades consideran ‘pobre’. Así, la pobreza no es sino la carencia de aquello considerado necesario para sobrevivir biológica y socialmente en un contexto determinado, para vivir de forma autónoma con plenas capacidades y competencia social.

### **11.1.2. Los discursos sobre la desigualdad del PNUD-Panamá, la pobreza multidimensional**

La desigualdad se suele reflejar en un indicador que mide la disparidad de rentas salariales y de los hogares. “Resulta difícil llevar a cabo esta medición de forma relacional en países no desarrollados, debido a los escasos indicadores y datos disponibles” (Piketty, 2015). La dificultad aumenta cuando comparamos las rentas de territorios indígenas con contextos urbanos con estándares de vida tan diferentes, por una parte, la principal economía de los territorios indígenas es la agricultura de subsistencia y, por otra, las áreas urbanas que comprenden economías de servicios “modernizadas”. Panamá constituye una sociedad dual: dispone de zonas con una economía pujante, internacionalizada y de servicios sofisticados y, a la vez, contiene comarcas indígenas con graves carencias, cuyo modelo económico es la agricultura de subsistencia.

De forma esquemática, pueden destacarse dos formas de abordar el asunto en Panamá: el Ministerio de Economía y Finanzas mide la tasa de pobreza y de indigencia, basada en el nivel de ingresos y de consumo; mientras que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) utiliza un enfoque multidimensional, que incluye factores económicos, sociales, educativos y sanitarios.

En los años 80, el cuestionamiento de la capacidad, por parte de los Estados, para asegurar el bienestar de sus ciudadanos motivó el surgimiento de un nuevo enfoque de medición del desarrollo, basado en el ser humano: el ‘desarrollo humano’. Este último fue definido como el proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas. En base a este concepto, a partir de los años 90, Naciones Unidas incorporó variables como el progreso social —acceso a la educación, a la salud y a los servicios básicos—, el crecimiento, la eficiencia, la igualdad, la participación y la libertad, la sostenibilidad y la seguridad humana

El PNUD analiza la desigualdad estudiando las diferencias entre los sectores con más recursos y aquellos de recursos inferiores, y no solo atendiendo a las carencias de los sectores más vulnerables. Concluye, en su “Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015”, que el Istmo

ha destacado en los últimos años por un acelerado crecimiento y por los avances en materia económica y social pero que, al tiempo, se topa con la sombra de importantes contrastes y desigualdades.

En Panamá, si bien hay un alto nivel de ocupación laboral, no todos los empleos alcanzan el nivel de productividad y remuneración deseados —el empleo informal alcanza el 39,9% (INEC, 2015)—. En las comarcas, a pesar de haberse incrementado el aporte de las transferencias y los subsidios, no se ha logrado mejorar el acceso al empleo ni aumentar los ingresos. Ello refuerza la necesidad de intervenir más allá de las transferencias monetarias y facilitar el acceso a la educación, a la salud y a los servicios sociales, con el objetivo de fortalecer sus capacidades y posibilitar que las propias comarcas articulen sus medios y modos de vida.

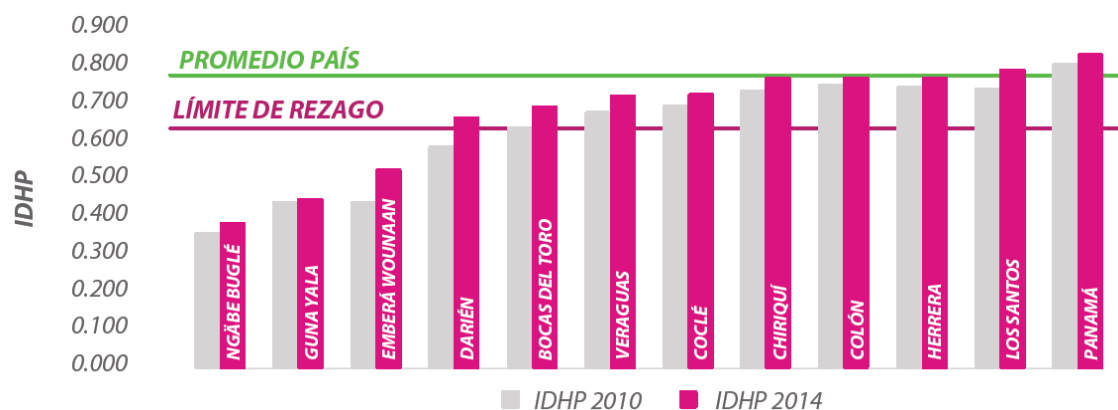
El Producto Interior Bruto (PIB) del Istmo está muy concentrado en el área metropolitana y en el sector de servicios: la provincia de Panamá, que representa en torno al 50% de la población del país produce el 71% del PIB.

En el Istmo se distinguen tres grandes modelos de actividad económica: un patrón centrado en servicios (Panamá, Colón y Bocas del Toro); otro más diversificado (Chiriquí, Coclé y Herrera); y un último de actividad primaria (Los Santos, Veraguas y Darién). Esta última constituye también el modelo de actividad económica primordial en las comarcas, aunque no se cuenta con información sobre el PIB de estos territorios indígenas.

Panamá presenta un desarrollo humano medio-alto, pero con marcadas diferencias entre las provincias, especialmente en lo que al acceso a servicios básicos, ingresos y empleo se refiere. Las áreas con menor Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP) muestran más desigualdad entre los componentes. Las brechas en el nivel decente de vida son particularmente elevadas, lo cual implica un importante desafío en cuanto al acceso a servicios básicos y empleos de calidad. El Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015 identifica una estrecha relación entre la cobertura de servicios básicos y la esperanza de vida. Ello ofrece un claro indicio del efecto que los servicios de agua, saneamiento y electricidad producen en la salud de la población.

En el gráfico que se aporta a continuación, se puede observar que la posición de las comarcas indígenas es significativamente rezagada. Emberá Wounaan se encuentra en el límite del desarrollo humano bajo (0,5), y las comarcas de Guna Yala y Ngäbe Buglé están ubicadas por debajo de dicho límite.

**Gráfico 8:** Evolución del índice de desarrollo humano en provincias y comarcas.



**Fuente:** PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015.

A través de su enfoque multidimensional, el “Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015” permite reparar en la elevada desigualdad y en la existencia de personas y comunidades que no logran beneficiarse de los progresos que manifiesta el país.

Según los análisis de PNUD, el ingreso no agota las necesidades de las personas. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica diversas privaciones individuales en materia de educación, salud y nivel de vida. Este índice utiliza microdatos de encuestas o censos, y todos los datos a través de los cuales construye la medida provienen de la misma fuente: El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

El “Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015” representa el primer cálculo de la pobreza multidimensional en Panamá. Se ha realizado a partir de los datos del Censo de 2010, que permite calcular 9 de los 10 indicadores. Las dimensiones e indicadores considerados son los siguientes:

#### INDICADORES DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL (PNUD PANAMÁ)

##### Educación



Población con baja escolaridad (menos de 6 años)  
Población en edad escolar que no asiste a la escuela

##### Salud



Mortalidad declarada en los hogares  
Acceso a agua

##### Nivel de vida



Acceso a electricidad  
Combustible  
Tipo de Piso  
Saneamiento  
Bienes del hogar

**Tabla 15: Índice de Pobreza Multidimensional.**

PROVINCIA	No Asiste escuela	Baja escolaridad	Registro de mortalidad hogar	Carencia Agua	Sanitario	Carencia Luz	Carencia Piso	Carencia Combustible	Carencia de bienes	Vulnerabilidad	Incidencia Pobreza Multidimensional	Intensidad IPM
Bocas del Toro	7.9	8.2	23.2	35.4	34.1	41.9	11.4	30.3	50.9	9.8	36.0	0.48
Coclé	3.7	3.6	15.1	12.2	17.7	30.1	17.8	30.7	34.4	11.7	15.6	0.44
Colón	2.1	2.8	12.0	20.3	21.9	10.4	6.8	7.2	14.8	9.9	8.0	0.45
Chiriquí	3.7	5.8	12.3	19.9	19.9	13.5	10.3	12.7	20.9	7.4	12.3	0.46
Darién	7.8	12.7	17.7	35.9	39.8	41.1	24.7	29.6	51.4	12.2	36.5	0.49
Herrera	1.8	5.7	11.8	8.5	15.4	10.1	11.8	15.0	16.3	7.3	7.9	0.45
Los Santos	2.0	6.3	10.5	5.2	11.9	7.4	7.5	9.9	13.1	5.4	4.6	0.42
Panamá	1.8	1.9	9.0	15.2	26.7	4.9	5.4	3.0	8.6	9.1	4.2	0.43
Veraguas	2.9	8.5	16.1	16.3	19.8	34.0	23.9	38.5	40.6	10.9	24.3	0.48
Guna Yala	15.5	10.9	41.3	24.3	96.7	83.7	84.6	77.8	76.6	11.6	82.3	0.50
Emberá Wounaan	10.4	14.1	28.4	72.3	44.5	62.6	12.9	50.2	71.7	12.7	70.7	0.48
Ngäbe Buglé	18.1	25.4	39.6	61.9	68.0	96.5	74.9	93.9	95.8	8.5	89.5	0.57
<b>Pais</b>	<b>3.5</b>	<b>4.8</b>	<b>13.1</b>	<b>19.0</b>	<b>26.8</b>	<b>17.2</b>	<b>12.9</b>	<b>15.8</b>	<b>21.9</b>	<b>9.2</b>	<b>14.1</b>	<b>0.50</b>
Urbano	1.5	1.7	9.4	15.4	26.8	3.1	3.9	2.0	7.2	8.9	3.7	0.42
Rural	7.1	10.7	19.8	25.6	26.7	43.6	29.7	41.4	49.2	9.7	34.6	0.51

**Fuente:** PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015.

El PNUD valora que las personas que presentan 3 o más carencias en los indicadores medidos se encuentran en situación de pobreza multidimensional. Y, si manifiestan entre 2 y 3 carencias, se identifican como vulnerables o próximos a la pobreza. A partir de estos indicadores se ha calculado la incidencia, es decir, la población que vive en la pobreza o en situación vulnerable dentro del área de referencia.

Las comarcas muestran los datos más negativos en el Índice de Pobreza Multidimensional, en especial la población residente en la Comarca Ngäbe Buglé, que tiene los peores resultados de todo Panamá en la mayoría de los indicadores.

Al promedio de carencias de los hogares en pobreza se le denomina 'intensidad de la pobreza'. La Pobreza Multidimensional (PM) en Panamá es de 14,1%, pero esta cifra fluctúa en un rango que va desde el 4,2% en Panamá ciudad, hasta el 89,5% en la comarca de Ngäbe Buglé. Según el INEC, la tasa de pobreza de Panamá está en el 25,8% y, en el caso de la Comarca, es de 89,2%.

Por otra parte, si a la población en estado de pobreza multidimensional se suma la población vulnerable, el promedio nacional asciende al 23,3%. Al aplicar esta inclusión a la Comarca Ngäbe Buglé, encontramos que un 98%, es decir, prácticamente todos los habitantes de la comarca son pobres o están en situación de alta vulnerabilidad.

## RESULTADOS DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL+VULNERABILIDAD 2015 (PNUD PANAMÁ)



Fuente: PNUD, en Atlas de Desarrollo Humano Local, Panamá 2015.

Pero, al situar las comarcas como los principales sujetos de necesidad, los datos del Índice de Pobreza Multidimensional no ofrecen una descripción de la desigualdad diferente a aquella proporcionada por los análisis de la Tasa de la Pobreza.

La desigualdad puede ser entendida como la distribución inequitativa de ingresos y bienes de consumo. En este sentido, la desigualdad se mide en términos de renta, como hace la tasa de pobreza. Ahora bien, además de la dimensión económica, existen bienes políticos, sociales y culturales en los grupos humanos. Esto hace que la desigualdad también pueda calcularse como el diferencial en el acceso a bienes sociales, políticos y económicos, que tienen los individuos y los grupos sociales. Es éste un concepto multidimensional que incluye de forma explícita los factores nombrados. En terminología de Nancy Fraser: redistribución, representación y reconocimiento (Fraser, 2009).

Desde la perspectiva de Fraser, la justicia es un fenómeno tridimensional:

- 1) La primera dimensión de la justicia es económica. Hay injusticias que son producto de un deficiente nivel de redistribución: las personas pueden ver limitada su participación porque las estructuras económicas les niegan los recursos que necesitan para interaccionar con los demás como iguales. Sufren una injusticia distributiva o 'mala distribución' (*maldistribution*).
- 2) La segunda dimensión de la justicia es cultural. Hay injusticias que son fruto de un insuficiente reconocimiento, por el cual los individuos se ven impedidos a interactuar en condiciones de paridad, debido a que las jerarquías institucionalizadas les niegan una posición adecuada. Tiene aquí lugar desigualdad de *status* o 'reconocimiento fallido' (*misrecognition*).

La injusticia distributiva y de reconocimiento suelen contemplarse como fenómenos políticos: el padecimiento del rechazo y el peso del poder son normalmente tratados como requiriendo el arbitraje del estado. Pero también puede entenderse lo político en un sentido más específico y constitutivo, que remite a la naturaleza de jurisdicción del Estado y a las reglas de decisión con las que se estructura la confrontación (los

marcos y reglas de convivencia). Al establecer los criterios de pertenencia social, la dimensión política de la justicia especifica el alcance de las otras dos dimensiones: determina quién cuenta como miembro y, por tanto, quién tiene derecho a una justa distribución y al reconocimiento mutuo y quién no. Al fijar las reglas de decisión, la dimensión política insta también los procedimientos para escenificar y resolver los conflictos en las demás dimensiones. Estas informan no sólo acerca de quién puede reivindicar redistribución y reconocimiento, sino también de cómo han de plantearse y arbitrase dichas reivindicaciones.

- 3) Si la representación es la condición que define lo político, entonces la injusticia política característica es la 'representación fallida' (*misrepresentation*). Ocurre cuando los límites políticos y/o las reglas de decisión funcionan injustamente, negando a determinadas personas la posibilidad de participar en paridad con otras en la interacción social —incluida aquella que se da en el terreno político, aunque no exclusivamente. La representación fallida se entrelaza por lo general con la mala distribución y el reconocimiento fallido, pero puede llegar a producirse en ausencia de estas últimas.

Pueden diferenciarse dos niveles de representación fallida:

Un primer nivel se refiere a las reglas que niegan injustamente a ciertos miembros de la comunidad la representación política ordinaria, es decir, la representación en el interior del marco de una comunidad (sistemas electorales, ¿inclusivos o excluyentes?).

El segundo nivel de representación concierne a la delimitación de las fronteras de la comunidad. Estas se trazan de manera que alguien queda injustamente excluido de la posibilidad de participar en las confrontaciones sobre justicia que le corresponden. Se trata de una representación fallida más profunda, que Fraser denomina *misframing* —y que se tradujo por 'des-enmarque'—. Aquellos que no son considerados miembros de una determinada comunidad política, no son tomados en cuenta en asuntos de distribución, reconocimiento y representación política-ordinaria. Ello implica la exclusión de lo que el marco wesfaliano-keynesiano establece como el Estado.

La desigualdad multidimensional se encuentra vinculada a la exclusión como problema de toda la sociedad, mientras que la pobreza se suele entender referida al grupo que la sufre. La desigualdad, como una falta de reconocimiento simbólico y político, conjugada con una exigua acumulación de bienes económicos. La exclusión viene dada por la confluencia de bajas reservas de capital cultural y simbólico (Bourdieu, 1991), por una parte, y de ausencia de recursos económicos, de capital económico, por otra. Ciertas características (el origen étnico, el género, la edad, etc...) de determinados grupos sociales suponen un obstáculo para la adquisición de recursos y de reconocimiento, lo cual acarrea, en la sociedad panameña, la infrarrepresentación. Esta exclusión genera un enorme dique de contención de cara a la movilidad social ascendente.

La pobreza que es consecuencia de la insuficiente reserva de bienes y de recursos materiales y simbólicos puede mitigarse por medio de la transferencia de recursos económicos. Sin embargo, la desigualdad en sentido multidimensional (económica, política y cultural) es más difícil de resolver. El relato de la desigualdad entendida como un fenómeno social vinculado a lo político, lo económico y lo cultural no conecta con las corrientes de opinión mayoritarias en el Istmo, y no es suficientemente considerada por la sociedad panameña. En palabras de los entrevistados:

Panamá tiene muchos problemas para entender y para aceptar... el concepto de inclusión. Eso vale para las mujeres, eso vale para los afrodescendientes, eso vale también para los indígenas, en alguna medida para los jóvenes, menos... (A3, página 2)  
Hay cierta conciencia... del problema de la desigualdad... Ha ganado algo de terreno... Pero si uno entendiera que para abordar la desigualdad de forma integral tienes que hablar de inclusión, ahí comienzan los problemas. (A3, página 2)

El discurso mayoritario de la sociedad panameña se puede entender como crítico a la versión más común del *welfare state*, que promueve políticas sociales redistributivas dirigidas a los grupos vulnerables, por criterios de necesidad y no de esfuerzo o mérito. Según la opinión mayoritaria panameña, dichas políticas tienen como efecto no deseado que los beneficiarios de la ayuda pública puedan convertirse en ciudadanos pasivos y “aprovechados”. Este es un tema de discusión recurrente en la sociedad panameña: se entiende que existen numerosos precedentes y que es importante evitar que sigan reproduciéndose las actitudes dependientes favorecedoras de “la trampa” y la falta de responsabilidad.

Las políticas, las transferencias económicas... están condicionadas en Panamá. Tienen tan mala prensa... Ahora han bajado..., pero hubo una época en que las capas medias... altas... tenían un discurso anti subsidio muy fuerte, muy rabioso... Ponían al que recibía un subsidio como un vago, un aprovechado... Hay uno que lo necesita, pero muchos hacen trampa. (A3, página 5)

El discurso dominante en la sociedad panameña es que las subvenciones y los subsidios favorecen que los beneficiarios no tengan una actitud proactiva en la búsqueda de soluciones para solventar sus carencias. Se considera que las políticas sociales expansivas favorecen “el juega vivo”, expresión popular que alude a la picardía, la pillería de aquellos irresponsables que utilizan métodos socialmente sancionados o poco éticos para conseguir sus objetivos, aprovechándose de los demás.

Según esta mentalidad, el “juega vivo” pone en cuestión un principio fundamental para el buen funcionamiento de la sociedad panameña: la responsabilidad individual. Es mediante el esfuerzo individual, y no mediante el colectivo, como se consigue prosperar.

Gran parte de las élites y de la clase media panameña sostiene que la promoción social se logra a través de méritos y esfuerzos individuales, independientes del estado y de las ayudas públicas. Este discurso tiende a individualizar al sujeto y a hacer invisible el hecho de que ciertas categorías sociales como la etnia, el género o la edad pueden dificultar el acceso a recursos económicos, lo cual, a su vez, suponen un gran obstáculo para la movilidad social y la



provisión de bienes. Esta tendencia se podría describir como la “psicologización de los problemas sociales” (Crespo y Serrano, 2011).

En los programas de transferencias económicas, condicionadas, porque está muy metido en la cabeza que “¡Tú tienes que hacer el esfuerzo! ¡Tú tienes que esforzarte! ¡No necesitas leyes especiales!” No leyes especiales, perdón... “¡No necesitas políticas públicas! ¡Lo que tú necesitas es trabajar duro, si tienes brazos y manos!” (A3, página 5)

El acceso a bienes económicos, sociales y culturales, en una sociedad multicultural como la panameña, está condicionado por un importante dique: la discriminación. Hay grupos humanos socialmente estigmatizados. Dicho estigma hunde sus raíces en ciertas características diferenciales: raciales, culturales, étnicas, de género, etc, por parte de los estratos poblacionales con menos recursos, que no se corresponden con el arquetipo de la clase dominante —varón, blanco, mayor, perteneciente a cierto tipo de familias, etc.—. Así lo expresa A 3: “Para el imaginario panameño, los indígenas eran sujetos de necesidad, pobres, abandonados, un poco como... retrasados, en el sentido de que no estaban acostumbrados a la modernidad, y con una cultura inferior.” (A3, página 3).

Pese a que la posición mayoritaria de la población panameña es crítica frente a los subsidios y las prestaciones sociales, paradójicamente, reconoce que los diferentes gobiernos han utilizado estas políticas redistributivas para garantizar sus redes clientelares: “Bueno, es muy difícil sostener en la vida pública, porque los políticos sí lo saben, pero lo utilizan con motivos clientelares”. (A3, página 5).

Pero considerar fórmulas destinadas a resolver este tipo de desigualdad de forma integral puede ser problemático y contraproducente en Panamá, ya que se podrían adoptar modelos bolivarianos que ponen en peligro garantías constitucionales y democráticas.

Entonces, ese proceso... Tendría que haber un quiebre del régimen muy importante. Eso es lo que nos dice la experiencia latinoamericana inmediata. [En] México es porque hubo una revolución. La gente no lo tiene en cuenta... Pero si no quiebra este régimen... al estilo de los regímenes andinos... Es lo que ha llevado esos procesos de inclusión tan profundos. Entonces eso es un precio muy duro..., un régimen con credenciales democráticas dudosas... Si ese es el precio que hay que pagar para obtener inclusión, te lo digo... yo soy un demócrata sabiendo que las nuestras son unas democracias..., pero lo otro también es democracia. Yo no sé si es un precio... Es un callejón sin salida. Yo no quiero ni lo uno ni lo otro. (A3, página 4-5)

La desigualdad y la pobreza siguen siendo objeto de debate en Panamá. Ahora bien, las dimensiones no económicas de dicho debate no están presentes en la agenda pública, en ‘la agenda setting’ (Mc Combs y Bell, 1996). Tal y como se denuncia en “El crecimiento económico a expensas de la política” (Brown y Lunas Vásquez, 2013) una poderosa lógica de crecimiento económico guía al país, relegando a un segundo plano las decisiones compartidas, la pluralidad, la diversidad, las necesidades de bienestar y los problemas de marginalidad como referentes necesarios de la política, subordinando toda acción de gobierno a cerrar negocios y a lograr determinados resultados económicos.

### 11.1.3. El discurso ‘transitista’ y la ‘desigualdad territorial’

El tránsito interoceánico de mercancías y bienes entre las dos costas ha sido el factor más importante de la organización social en el Istmo de Panamá, mucho antes de la conquista europea del siglo XVI, durante la etapa precolombina, los pueblos originarios utilizaron esta vía de comunicación. Pero es a partir de la incorporación del Istmo al mercado mundial, como resultado de la colonización española, que se forma la estructura de acción social denominada ‘transitismo’. Este término, en efecto, designa la inserción del Istmo en el moderno “sistema mundial” (Wallerstein, 2006), a partir del siglo XVI.

Panamá, a diferencia de los otros países latinoamericanos, no estuvo exclusivamente dedicado a la extracción de materias primas. Su actividad productiva se especializó en el sector servicios, para favorecer las comunicaciones ultramarinas a través de su territorio. Contaba con una destacada clase comerciante, y una economía muy ‘abierta’ al capital y a los inversionistas extranjeros

Algunos momentos históricos destacan como especialmente prolíficos en términos económicos:

- ✓ A lo largo del Periodo “Galeonista”, llegaron a los puertos del Istmo barcos llenos de oro y de plata, que se dirigían al Viejo Continente.
- ✓ Durante el *Gold Rush* o Fiebre del Oro en el siglo XIX, se llegaba a la Costa Atlántica para cruzar el Istmo en tren y, posteriormente, tomar un barco hacia la Costa Pacífica, en California.
- ✓ Tras la construcción del Canal, se pueden destacar dos fases. Una primera etapa ocupa prácticamente todo el siglo XX, en el cual EE. UU. es propietario y administrador del Canal y de la Zona del Canal (un territorio de 8 kilómetros a cada lado del mismo). La segunda etapa se inicia con la Reversión del Canal: la devolución de éste a manos panameñas, el 31 de diciembre de 1999.

El historiador Alfredo Castillejo Calvo fue uno de los pioneros en el empleo del término ‘transitismo’ (1973) para aludir a la inserción del Istmo en el moderno sistema-mundo a partir del siglo XVI y a la descripción de las actividades económico-mercantiles propias del Istmo antes de la fundación de Panamá. En una obra más reciente, Castillejo se expresa como sigue:

[...] la geografía panameña quedó organizada en torno a dos ciudades terminales en cada mar (Nombre de Dios y Panamá), y un interior apendicular que le serviría como proveedor de alimentos. De esta manera, se implantó una inexorable racionalidad a su territorio, insertándolo en una economía de mercado a grandes distancias... Así pues, el potencial geográfico de Panamá pudo ser anticipado desde temprano y de allí que se organizara tan precozmente... pocos países americanistas pudieron encontrar su función geográfica tan tempranamente de manera tan precisa. (Castillejo, 2007)

La antropóloga Ana E. Porras propone la expresión “cultura de la interoceanidad” (2005) para designar el sub-sistema narrativo cuyos significados dan valor a la situación geográfica de Panamá, el paso interoceánico.

El término interoceanidad se ha preferido al ya tradicional “transitismo” por considerar que este último ha adquirido un carácter equívoco: en algunos casos significa transitorio, efímero y ficticio [...]. En otras ocasiones, el transitismo se concibe como un proyecto económico, refiriéndose a la especialización geo-política y económica de Panamá, al predominio político de la zona de tránsito y el de sus clases sociales o grupos humanos.... Esta segunda acepción, aunque diametralmente opuesta a la primera y más moderna en su paradigma científico, [concibe a la cultura] como un epifenómeno o apéndice de los intereses económicos y las ideologías políticas.

Y prosigue:

[...] la expresión “cultura de la interoceanidad”, como nueva nomenclatura, presenta las siguientes ventajas para el análisis y comprensión de la cultura e identidad nacional de Panamá: define e incorpora la noción de cultura en los estudios de Panamá; identifica una gama amplia de narrativas, con sus paradigmas y modelos, sin atribuirles juicios de valor; descubre un hilo conductor y una estructura que integra la inmensa variedad cultural panameña, su agitada experiencia histórica y su diversidad social; identifica una hegemonía narrativa (y por tanto cultural) de un modelo sobre otros; al mismo tiempo, reconoce la dinámica interna de poder socio-histórica y cultural, que involucra movilidad social y flexibilidad en su estructura. Permite identificar que los procesos narrativos por medio de los cuales se construye identidad nacional en Panamá son equivalentes a los procesos culturales en otros lugares del mundo, a pesar de que sus decisiones y preferencias fueron distintas (véase, por ejemplo, las opciones culturales respecto de Balboa, Anayansi y Urracá como símbolos nacionales, comparativamente con los símbolos nacionales equivalentes en México y Perú).

El ‘transitismo’ construye una realidad sociológica, económica y simbólica articulada en un espacio físico y simbólico: el Canal de Panamá, que va de costa a costa, de la capital panameña en el Océano Pacífico a la principal metrópoli del Océano Atlántico, Colón. La ciudad de Panamá destaca por su centro financiero y Colón, por su puerto franco.

El desarrollo del país está marcado por un dinamismo económico que se focaliza en lo territorial y en los sectores productivos más pujantes. La concentración de la riqueza en la provincia de Panamá, y la correlativa falta de oportunidades en provincias y comarcas constituyen dos de las características más destacadas del modelo de desarrollo panameño. Con poco más de la mitad de la población del país, la provincia panameña produce el 71% del PIB.

La zona de tránsito está caracterizada por el contacto con el comercio y el capital internacional. Es un espacio paradójico, porque es incluyente y excluyente a la vez: ofrece oportunidades de negocio, pero distribuidas de forma desigual. Existe una gran ventaja en los individuos que pertenecen al grupo dominante o están cerca de una élite poseedora de capital simbólico, social y económico. Fuera de dichas esferas sociales, los individuos pueden adquirir recursos que mejoren su situación, como consecuencia del crecimiento económico, pero esta posibilidad es limitada.

Mira, lo dices bien: es esa idea de que Panamá es lo que está relacionado con la zona de tránsito. Los que no están en la zona de tránsito... Hay ciertos matices, económica y socialmente... Es la zona de tránsito, que uno pensaría que es un rasgo del pluralismo, del internacionalismo y tal... No, no, no, no... Es un ambiente bastante restringido. (A3, página 3)

En el caso de Panamá, la forma de distribución de la riqueza, el *trickle down* está condicionado por lo territorial, además de por otros factores sociales. Residir en la zona de mayor acumulación de capital económico, es decir, en la zona canalera o la zona de tránsito, resulta ventajoso. En términos generales, existen menos oportunidades de prosperar en las áreas apartadas del Canal, en las provincias y más aún en las comarcas. En expresión de A3: “[...] esa idea de que Panamá es lo que está relacionado con la zona de tránsito. Los que no están en la zona de tránsito [...]” (A3, Página 3); “El transitismo en Panamá ayuda a entender muchas cosas, porque esa inclusión también podría ser el planteamiento clásico que las provincias del interior también tienen dificultades para incorporarse al modelo dominante del país.” (Entrevistado A3, Página 2)

A pesar de las oportunidades que conlleva residir en la zona canalera, la movilidad social ascendente es limitada. El acceso a los recursos económicos del ‘transitismo’ está limitado a los excedentes que desbordan a la cúpula, por efecto del trickle down o ‘goteo’: “Es la zona de tránsito, que uno pensaría que es un rasgo del pluralismo, del internacionalismo y tal... No, no, no, no... Es un ambiente bastante restringido.” (A3, página 3).

Existe mucha exclusión en la zona canalera. Sin embargo, sus élites no son tan excluyentes como las élites rurales, que se muestran más conservadoras y discriminatorias. Las élites transitistas, a diferencia de las élites rurales de otros países latinoamericanos, tienen un carácter liberal, por lo que contemplan la “redención” individual y la posibilidad de cambio. En este sentido, la antropóloga panameña Ana Elena Porras sostiene que:

[...] la incorporación del concepto de cultura, y de la cultura de la interoceanidad, permite identificar, caracterizar y explicar que los panameños han configurado su identidad y cultura nacional predominantemente cosmopolita, abierta, diversa, modernizadora y diferente a las identidades más etnocéntricas, agrarias, fisiócratas y nacionalistas de sus vecinos en el Continente.

En la misma línea, A3 afirma lo siguiente:

Pero lo que pasa con una élite agraria no es mucho mejor. La élite agraria es más dura. Una élite... Te vas a Colombia y son durísimas. Te vas a Colombia y ... muy conservadoras. También hay que ser justos. La élite transitista panameña tiene raigambre liberal comparado con... La élite panameña es una élite liberal partiendo del antagonismo liberal conservador colombiano. (A3, página 3)

Las comarcas son consideradas como una periferia de la ‘periferia’ o una hiperperiferia: un conjunto simbólicamente muy alejado del centro, que no es considerado por este último, lo cual hace a las comarcas, por así decir, invisibles. La zona de tránsito constituye un proyecto insertado en el capitalismo moderno: comercio internacional y logística (el Canal de Panamá),

capitalismo financiero en el Centro Bancario Internacional, construcción y grandes obras (ampliación del Canal, del aeropuerto internacional, del Metro, etc.). En cambio, la Comarca Ngöbe, basada en un modelo de agricultura y ganadería de subsistencia, se encuentra absolutamente aislada del capitalismo internacional.

En resumen, existen diferentes tipos de exclusión en Panamá: por condición económica, por condición cultural o por situación territorial —habiendo casos en que se solapan las tres—. La exclusión territorial es la que sufren aquellos que residen en las comarcas y no están, por tanto, incorporados en el ‘transitismo’ de la zona del Canal. Las comarcas son un tipo de periferia tan extrema que no son siquiera consideradas por el centro, lo cual les impide disfrutar de los beneficios que brinda el crecimiento económico.

Mira: las cifras, los datos de pobreza y desigualdad en las comarcas indígenas son supongo que muy superiores a los de las mujeres y los afrodescendientes. Pero, desde otro punto de vista, uno tiene la idea como que los indígenas están en las comarcas. Ese problema, como decía nuestro amigo común..., ese problema está focalizado. En el caso de los afrodescendientes y las mujeres, sí están en el resto del país... Tienen acceso a la zona metropolitana, a la zona de tránsito y, aún así, hay una marginación importante. (A3, página 3).



Imagen de la ciudad de Panamá. En primer plano, se puede observar el edificio de lujo con forma de vela, del magnate y presidente electo de EE.UU en los comicios de 2016, Donald Trump: *Trump Club International, Hotel and Tower*.





Imagen del Canal de Panamá, en la Costa Pacífica, de las Esclusas de Miraflores. Al fondo se sitúa la Ciudad de Panamá (capital del país y centro financiero).



Imagen de un poblado en la comarca Ngäbe Buglé. Fuente: <http://tradicionescostumbresngobebugle.blogspot.com.es/>

## ***11.2. La imagen de lo ngöbe en Panamá***

Los ngöbes son el grupo indígena mayoritario en Panamá, seis de cada diez indígenas son ngöbes en el Istmo. Los ngöbes se han caracterizado por el aislamiento fruto de su localización en tierras montañosas de difícil acceso. Históricamente, los gunas han sido el grupo indígena referencial, el primero que consiguió el reconocimiento de un territorio comarcal fruto de la Revolución Tule, a principios del siglo XX. Posteriormente al reconocimiento de la comarca de los gunas, se fueron reconociendo comarcas para otros grupos indígenas en Panamá. Con los recientes conflictos por los proyectos mineros e hidroeléctricos en la Comarca Ngöbe Buglé (desde el 2011, y en 2016 este conflicto aún no está resuelto), los ngöbes han adquirido cierto protagonismo.

La imagen que se tiene de lo ngöbe en Panamá contiene las siguientes caracterizaciones: lo ngöbe como problema, como sujeto de necesidad, como entidad invisible que se vuelve visible a través de sus protestas, como un elemento ancestral e irracional. Lo ngöbe es equiparado con lo originario entendido como estado de naturaleza no civilizado, salvaje y primitivo a la vez que virtuoso, a modo del “buen salvaje”, que vive alejado de las instituciones de la sociedad civil. Dicha representación encaja con lo que el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos denomina ‘pensamiento abismal’.

“El pensamiento abismal” (de Sousa Santos, 2010) es un sistema de distinción entre lo visible y lo invisible. Es una división trazada por una línea que demarca lo legítimo y lo ilegítimo, lo verdadero y lo falso, lo racional y lo irracional. La división es tal que ‘el otro lado de la línea’ desaparece como realidad, se convierte en inexistente, más aún, se establece como inexistente. A ‘este lado de la línea’ se encuentra la civilización. Al ‘otro lado de la línea’ se sitúan las otras culturas: las culturas alternativas, locales, indígenas, etc. que fueron consideradas inferiores por la modernidad occidental a través del colonialismo. A ‘este lado de la línea’ está el conocimiento científico, riguroso y verdadero. ‘Al otro lado de la línea’ están los conocimientos indígenas, populares, rurales y campesinos, reducidos a meras creencias, opiniones, magia, idolatría o comprensiones intuitivas.

Este pensamiento abismal es constitutivo de lo que el filósofo argentino Walter Mignolo denomina “la herida colonial”, “el sentimiento de inferioridad impuesto en los seres humanos que no encajan en el modelo predeterminado por los relatos euroamericanos” (Mignolo, 2007). Así lo expresa un integrante de la Universidad Ngöbe Buklé: “Yo fui estudiante. Cuando ingresé a primer grado, en algunas ocasiones entendí que nuestra única religión es el catolicismo. Entendiendo que esto es así... que mi líder no es Urracá sino que mi líder es Vasco Núñez de Balboa.” (A8, en entrevista grupal en la Universidad Ngäbe Buklé, página 5).

Procedemos a analizar, en las próximas páginas, tres descripciones de la imagen de lo ngöbe en Panamá presentes en las entrevistas: el ngöbe como sujeto de necesidad, el mito del “buen salvaje” y la transformación de lo invisible en visible a través de los conflictos violentos.

### **11.2.1. Lo indígena como un problema: ‘la cultura del déficit’**

‘La cultura del déficit’ como modo de producción y de representación de la imagen de lo indígena compone un tópico muy generalizado en la sociedad panameña. Este marco sociocognitivo está especialmente presente en las descripciones de la Comarca Ngäbe Buglé ya que es la unidad político-administrativa que sufre el mayor grado de “rezago” del país<sup>41</sup>. La idea que las comunidades indígenas comprenden sociedades exclusivamente caracterizado por las carencias y las privaciones es un lugar común en amplios sectores de la sociedad panameña, los ngöbes como sujetos de necesidad. En este apartado, nos detendremos en las consideraciones expresadas por un directivo de la Fundación Libertad, influyente lobby político y económico panameño. De forma inesperada, en un foro atípico en investigación sociológica como es Facebook, hizo explícita una serie de opiniones presentes en las élites y en amplias capas de la ciudadanía panameña.

El 2 de noviembre de 2015, se inició una conversación telemática en redes sociales sobre la necesidad de subir o no los impuestos en Panamá, para mejorar las condiciones de vida de los grupos más vulnerables. La referencia de dicha discusión era un artículo firmado por Alejandro Rebossio en el diario El País: “El desafío de las Américas”<sup>42</sup>. En un momento dado del debate, emergió el tema de los indígenas y su situación en Panamá. Participé entonces activamente de la discusión junto con otros dos interlocutores: el vicepresidente de la Fundación Libertad y un especialista en gobernabilidad del PNUD. Debido a su especial interés y a los elementos que surgieron durante la conversación, la incluimos en el material sujeto a análisis.

A lo largo de la discusión, se cristalizaron dos posiciones: una primera postura consideraba que el modelo social y económico es un éxito, por su crecimiento y por su reducción de la pobreza; y la segunda posición, pese a reconocer dichos logros, denunciaba ciertos déficits. El punto de partida de este último planteamiento es que hay una excesiva desigualdad debido a la falta de redistribución que, por vía impositiva, podría corregirse. Según la primera posición, sin embargo, subir los impuestos supondría un obstáculo no justificado al crecimiento, porque el desarrollo y la mejora de las condiciones de vida están llegando a todos los estratos sociales: cambiar las políticas fiscales podría ahuyentar la inversión.

---

<sup>41</sup> Según el Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá (PNUD, 2015) la Comarca Ngäbe Buglé es la unidad político-administrativa (equiparable a las provincias) con mayor grado de rezago.

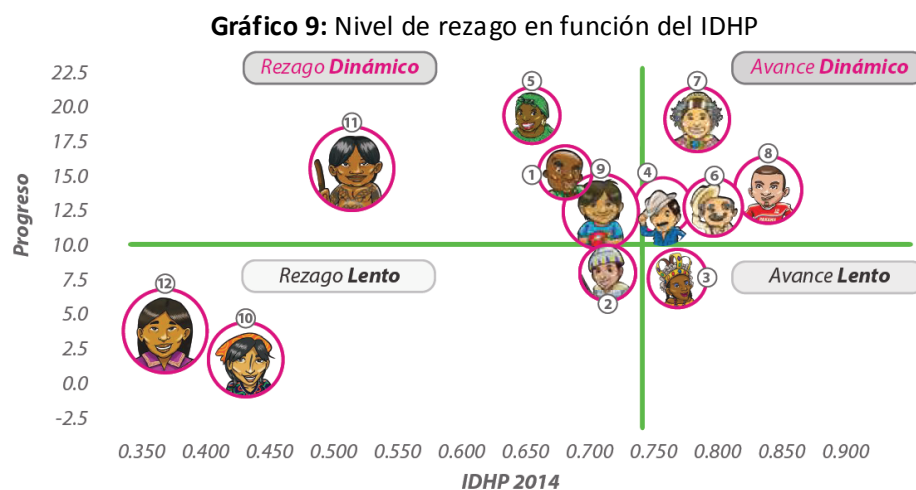
<sup>42</sup> “El desafío fiscal de las Américas” es un artículo del periodista Alejandro Rebossio firmado en Buenos Aires el 1 de noviembre de 2015. El autor propone políticas fiscales más progresivas que las actuales, con el objetivo de favorecer la redistribución de la riqueza en Latinoamérica.



En el transcurso de la conversación y, de forma inesperada, A4 manifestó que, en Panamá, más que “un problema de desigualdad, hay un problema indígena”. Según A4, son los pueblos originarios los únicos que no se han beneficiado del desarrollo económico. No teniendo en cuenta los indicadores vitales de las comunidades indígenas, Panamá podría equipararse a los países más desarrollados: “En definitiva, la población indígena es nuestro gran problema social y es donde debemos enfocar nuestros esfuerzos. De hecho, son los únicos que no se han beneficiado del crecimiento enorme que hemos tenido, ya que todos los otros grupos han tenido una rebaja importante de la población pobre” (A4. En conversación en red social con especialista en Gobernabilidad y Vicepresidente Fundación Libertad, página 3). Los indígenas podrían ser incluso un obstáculo a acercar a Panamá a los estándares de los ‘países desarrollados’.

El siguiente gráfico, elaborado por el PNUD en el “Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015” muestra que el índice de rezago de los pueblos indígenas sobresale, especialmente en las comarcas Ngäbe Buglé (12) y Guna Yala (10), teniendo la Comarca Emberá-Wounnan (11) un rezago dinámico, más leve.

A partir de estos indicadores, se puede categorizar a las provincias según su nivel de IDHP (Índice de Desarrollo Humano de Panamá) y su dinámica. Muy por debajo del IDHP promedio y con un bajo ritmo de avance, se encuentran Ngäbe Buglé (12) y Guna Yala (10).



En la tabla que se ofrece a continuación, puede advertirse la brecha existente entre las tasas de pobreza de las diferentes provincias panameñas, por un lado, y las comarcas indígenas, por otro.

**Tabla 16:** Pobreza general y extrema por provincia y por comarca.

Provincias y comarcas indígenas	Marzo 2013		Marzo 2014	
	Pobreza extrema	Pobreza general	Pobreza extrema	Pobreza general
TOTAL .....	<u>11.1</u>	<u>26.2</u>	<u>11.0</u>	<u>25.8</u>
PROVINCIAS .....	<u>7.3</u>	<u>22.1</u>	<u>7.2</u>	<u>21.7</u>
Bocas del Toro .....	26.2	54.0	24.1	51.1
Coclé.....	12.8	34.0	12.8	34.3
Colón .....	4.9	17.3	5.4	17.3
Chiriquí.....	9.8	27.4	9.8	26.5
Darién .....	22.6	52.4	21.7	50.9
Herrera.....	4.7	20.8	4.6	20.9
Los Santos .....	2.9	16.7	2.8	16.6
Panamá.....	3.5	14.8	3.5	14.6
Veraguas.....	19.2	41.7	19.4	41.2
COMARCAS INDÍGENAS .....	<u>67.3</u>	<u>87.8</u>	<u>66.8</u>	<u>86.9</u>
Kuna Yala.....	61.2	81.1	60.7	80.7
Emberá .....	40.7	72.9	40.3	70.9
Ngäbe Buglé .....	70.2	90.1	69.7	89.2

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas, en Pobreza e Indigencia. Encuesta de Mercado Laboral, marzo 2014.

La posición del vicepresidente de la Fundación Libertad puede resumirse en ‘lo indígena como un problema’, como un elemento que distorsiona las estadísticas y que oscurece el éxito de las políticas económicas. Según este tipo de planteamientos “lo indígena” en Panamá es entendido como una ‘cultura del déficit’ definida por las privaciones y las carencias. Solo se tienen en cuenta sus pasivos, sin considerar sus posibles activos, sus conocimientos y sus saberes.

El problema más importante es la pobreza, y dentro de ésta, los indígenas. De hecho, más que un problema de desigualdad, tenemos un problema indígena. Si sacas a los indígenas de las estadísticas, cae de manera dramática la desigualdad, al igual que todos los indicadores de desarrollo humano. (A4, En una conversación en redes sociales con el especialista en Gobernabilidad y el Vicepresidente Fundación Libertad, página 2)

Este tipo de argumento —‘lo indígena como un problema’— es muy popular en la opinión pública panameña, entendiendo que hay factores internos que, a modo de pesadas ‘cargas’, dificultan a los indígenas beneficiarse del desarrollo económico.

La defensa de su cultura y de su tradición sería el principal causante de subdesarrollo; ya sea considerando que la falta de desarrollo tiene que ver con aspectos externos, como el hecho de residir en las comarcas, lejos de los centros de acumulación económica y sin alternativas económicas viables.

**Tabla 17:** Promedio personas por hogar, línea de indigencia y promedio de ingreso per cápita en comarcas.

Comarcas Indígenas	Promedio de personas por hogar	Línea de indigencia (En balboas)	Línea de pobreza general (En balboas)	Ingreso promedio per cápita (En balboas)			
				Total	Laboral	Ayudas del Gobierno	Otras ayudas
Kuna Yala .....	6.1	58.78	105.19	25.28	13.07	8.87	3.35
Emberá .....	6.9	58.78	105.19	37.53	25.45	8.88	3.20
Ngäbe Buglé.	6.9	58.78	105.19	9.80	4.13	5.52	0.15

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas, en Pobreza e Indigencia. Encuesta de Mercado Laboral, marzo 2014.

Afirmar, siguiendo al experto en gobernabilidad del PNUD, que no hay un problema de desigualdad sino un problema indígena, es cuestionable: indicadores como el índice Gini expresan el alto grado de desigualdad y los datos evidencian la concentración de la riqueza en pocas manos (un 20% maneja cerca del 60% de la riqueza de todo el país). Sin obviar que el gran ritmo de crecimiento y el destacado retroceso de la tasa de pobreza son fortalezas que ha mostrado la economía panameña en esta última década y que suponen avances incuestionables.

Pero la desigualdad, la pobreza y la exclusión ¿se pueden medir exclusivamente por indicadores económicos? ¿O existen otros factores a tener en cuenta, como los políticos y los culturales? ¿Pueden ser éstos importantes para entender la exclusión?

La respuesta del vicepresidente de la Fundación Libertad es que la economía aporta las claves para comprender los fenómenos de la pobreza y la desigualdad, mientras que lo cultural y lo político tienen menor relevancia en dicha labor. Desde esta perspectiva, lo cultural y lo político constituyen categorías poco significativas, según este planteamiento las formas de vida comunitarias y tradicionales solo constituirían un pasivo.

El invertir recursos públicos y realizar transferencias económicas en los territorios indígenas para mejorar las infraestructuras y servicios básicos se plantea como el único modo de resolver el problema indígena y, por extensión, el problema de la desigualdad en Panamá. Pero, ¿estos servicios e infraestructuras básicas deben tener en cuenta criterios de adaptabilidad cultural o de participación política horizontal?, desde un punto de vista tecnocrático, no, hay criterios técnicos y neutros para elaborar los programas de desarrollo.

En expresión del propio Vicepresidente:

El problema más importante es la pobreza, y dentro de esta, los indígenas. De hecho, más que un problema de desigualdad, tenemos un problema indígena. Si sacas a los indígenas de las estadísticas, cae de manera dramática la desigualdad, al igual que todos los indicadores de

desarrollo humano. (A4. En una conversación en redes sociales con el especialista en Gobernabilidad y Vicepresidente Fundación Libertad, página 2)

En cuanto a mi posición, no afirmo que el único problema es la situación de los pueblos indígenas, sino que es el problema principal, que genera una idea distorsionada de lo que realmente sucede. (A4. En una conversación en redes sociales con el especialista en Gobernabilidad y Vicepresidente Fundación Libertad, página 3)

Mi punto es que nosotros más que un problema de desigualdad, apreciado de forma general, tenemos un problema indígena. Las cifras claramente lo indican. (A4. En una conversación en redes sociales con el especialista en Gobernabilidad y Vicepresidente Fundación Libertad, página 4).

### **11.2.2. Lo ngöbe como lo primitivo y lo irracional. El mito del “buen salvaje” y la irrupción política de los ngöbes.**

En gran parte de la sociedad panameña, lo ngöbe está identificado con la pobreza, con la necesidad, con lo primitivo. Los pueblos originarios son considerados “antimodernos” e irracionales. Este tipo de representación tiende a ‘infantilizar’ a los ngöbes, entendiéndolos como sujetos pasivos que necesitan la llegada de ‘un padre’ que tome decisiones sobre ellos, ya que aún no ‘son mayores de edad’, no han evolucionado lo suficiente, están anclados en una situación de subdesarrollo atávica, que les mantiene paralizados, casi inertes.

Entender a los ngöbes como sujetos pasivos es una constante en las representaciones de los pueblos originarios en Panamá.

El mito del “buen salvaje” fue refutado por la antropología y por las ciencias sociales, pero en el imaginario de las sociedades contemporáneas, su huella no ha desaparecido. La representación de los ngöbes como seres primitivos e irracionales, a la vez que dotados de ingenuidad y de una bondad originaria, sigue vigente en el imaginario de las sociedades latinoamericanas.

Según la narrativa del ‘buen salvaje’, en lo primitivo existen bondades como la armonía entre cultura y naturaleza. Rousseau, en su *Discurso sobre la desigualdad entre los hombres*, afirma que los hombres salvajes conservan rasgos del ‘hombre natural’ caracterizado por la libertad, la perfectibilidad, la ausencia de razón, la imaginación y la pasión. El estado de naturaleza es identificado con un estado de equilibrio. De ello extrae Rousseau dos conclusiones respecto a la esfera moral. Primero, pues en este estado de naturaleza no existe la sociedad, no hay moralidad. Segundo, debido a que no hay tampoco reflexión, no se puede distinguir el bien del mal. Conocer el bien y el mal supone relación con el otro y conlleva cierto nivel de reflexividad. En otras palabras, el hombre natural es inocente. Al igual que el niño, posee una inocencia primitiva y no es capaz de discernir este tipo de cuestiones morales.

El mito del “buen salvaje” tiene como una de sus fuentes la “Conquista del Nuevo Mundo”, la colonización española de América. Después de la primera *Bula Inter caetera*, se pasó a considerar a los indígenas aptos para recibir la religión católica. A partir de ese momento, surgen imágenes idílicas como el ‘buen salvaje’, que idealiza a las poblaciones indígenas, las caricaturiza como seres infantilizados en un estado de bondad natural frente a los pueblos civilizados, más ruines. Se construye, de este modo, una potente narrativa sobre la dualidad civilizado-salvaje. Este mito desbordó las fronteras del Imperio y se difundió por toda Europa. Así, Montaigne en sus Ensayos, en un capítulo titulado “De los vehículos”, se expresa como sigue:

Aquella gente es salvaje en el sentido que salvajes llamamos a las frutas que la naturaleza espontáneamente ha producido, mientras que en verdad las verdaderamente salvajes son las que hemos desviado, con artificio, de lo común[...] Paréceme que las naciones a que me refiero son aún más bárbaras porque han recibido poco amaneramiento del espíritu humano y se hallan muy próximas a su candidez original.

En este sentido, destaca uno de los baluartes de la colonización española: Fray Bartolomé de las Casas, cuya obra condicionó la legislación del Nuevo Mundo. En su *Brevísima relación de la destrucción de las Indias* (1552), compara a los españoles con los lobos atacando a las ovejas (su relación con la población indígena). Esta perspectiva del ‘buen salvaje’ no era la única que existía en la colonia: la opinión mayoritaria consideraba a los indígenas como bárbaros degenerados. Sin embargo, el mito del ‘buen salvaje’ tuvo mucha influencia en la Corona, que terminó por declarar a las poblaciones indígenas como vasallos libres, tras años de esclavitud. El 12 de abril de 1495 se autorizó vender a los primeros esclavos en Andalucía, y el 20 de junio de 1500 se les declara libres. Considerarlos vasallos, susceptibles de recibir la religión, posibilita evangelizarlos. El mito del ‘buen salvaje’ permite la colonización, ya que a los nuevos vasallos se les considera seres humanos, inferiores y colonizables.

En la Panamá contemporánea, esa imagen de primitivismo e irracionalidad de los ngöbes se mantiene hasta que, entre 2011 y 2012, estos irrumpieron en la escena política enfrentándose al Estado por las industrias extractivas (mineras e hidroeléctricas). Estos hechos provocaron que, junto a la imagen de pobre, desprotegido y necesitado de los ngöbes, emergiera la posibilidad de entenderlo como un sujeto político, más activo, pero sin atribuirle una racionalidad, sin un proyecto de sociedad desarrollada. Antes de esta fecha no se consideraba las dimensiones políticas de sus demandas.

Incluso, recuerdo aquí enfrente de mi oficina, enfrente [de] una persona que respeto mucho — es alguien de la academia pública en Panamá—. Me dijo que en Panamá hay dos movimientos sociales. Eso me lo dijo con cierta..., como diciendo que en Panamá no hay más activismo. Eso me lo dijo en el año 2009. Era una persona muy prominente del movimiento ambiental y hoy político. “En Panamá [me dijo] hay dos movimientos sociales: los trabajadores y los maestros”. Yo tuve en la punta de la lengua —porque en el 98 tenía ya casi 10 años investigando el tema—, estuve en la punta de decirle: “No, también el movimiento indígena”. Pero no me atreví. (A2, página 3)

A pesar de este nuevo perfil activo-político, gran parte de la población panameña sigue considerando a los indígenas como sujetos pasivos y dependientes. Dicha percepción no tiene en cuenta las aportaciones de la cultura y la idiosincrasia indígenas a la cultura nacional, ni la contribución potencial de la sociedad ngöbe a la panameña. Siendo mayoritaria la opinión según la cual la única posibilidad es la absorción y la asimilación, defender la idiosincrasia de los indígenas solo puede hacerlos más dependientes, más subdesarrollados y más necesitados.

Las políticas públicas panameñas están fuertemente ancladas en teorías de crecimiento económico neoliberal y enérgicamente articuladas en los mercados globales. Según expresa el experto en movilización política ngöbe, la falta de reflexión crítica sobre los límites de ese modelo, y la consecuente consideración de irracional de quien piensa diferente, imposibilita el

debate con otras maneras de entender el desarrollo. En palabras de A2, directivo de una entidad ambientalista con proyectos en territorios indígenas:

El hecho de que los indígenas sean caricaturizados, porque no se puede concebir que piensen de otra manera —sino que no entienden—, nos pone a nosotros en una peor posición. Porque nos pone a nosotros como que estamos agitando, azuzando, moviendo el atraso. Nos lo han dicho. [...] A ustedes los quieren mantener en el atraso. ¿Cómo que yo...? [risas...]. (A2, Página 5)

### **11.2.3. Lo ngöbe como lo invisible que se visibiliza a través del conflicto violento**

Los ngöbes en Panamá constituyen un grupo “invisible”. Comparten con otros grupos, como los afrodescendientes, la diferencia étnica. Pero, a diferencia de éstos, no han tenido un papel destacado en la construcción del Canal. Frente a otros colectivos que también sufren discriminación, como los afrodescendientes, carecen de presencia alguna en lugares relevantes: en la zona de tránsito, en ‘el centro’, en la zona canalera. Los indígenas viven mayoritariamente en las comarcas, en la periferia del orden social y económico. Se encuentran “ausentes”, en una “zona 0”, en un *no man’s land*.

Es importante destacar que las comarcas conforman una periferia no considerada por el centro, lo cual vuelve imposible elaborar una narrativa convencional de la relación centro-periferia. Por lo tanto, es cuestión aquí de una periferia de la periferia o una hiperperiferia. La Comarca Ngäbe Buglé es un territorio montañoso de difícil acceso, atravesado por la Cordillera Central o la Serranía de Tabasará de este a oeste, con suelos pobres con gran contenido en roca, poco fértiles, lo que agudiza el factor de ‘hiperperiferia’ respecto del centro político y económico.

Los ngöbes solo adquieren protagonismo y visibilidad por medio de la movilización política violenta. Recordemos el reciente conflicto, a propósito de la minería y las hidroeléctricas, acaecido en la Comarca Ngöbe Buglé entre las organizaciones sociales indígenas y el estado panameño, cuyos enfrentamientos violentos culminaron en dos muertes y decenas de heridos. A propósito de dicho conflicto, el experto en gobernabilidad afirma: “Los indígenas, en alguna medida, si no es por las protestas... por los ngöbes recientes... casi que serían invisibles.” (A3, página 3).

A3 describe así la irrupción política de los ngöbe:

Cuando yo era niño, el gran actor indígena eran los kunas, cuando hay la transición a la democracia... Luego, durante la restauración de la democracia, fueron desapareciendo los kunas. Y luego hubo una época larga [a] finales de los 90, principios de los 2000, hasta hace poco..., [en] que no había un actor indígena relevante... Hasta que... ¡pam!, irrumpen los ngöbes de manera tan conflictiva. (A3, página 3)

Gracias a ello, los ngöbe han conseguido ser considerados sujetos políticos y que sus demandas sean escuchadas:

Si el estado está consciente, con todo este enfrentamiento, que no solo se ha dado en el gobierno de Martinelli y también se ha dado con el presidente Varela y en función de esto, el gobierno ya tiene claro que la participación del pueblo *ngöbe* y los reclamos del pueblo *ngöbe* son legítimos. (A1, página 6)

Ahora bien, en relación a lo criollo y a lo español, lo indígena ocupa un lugar subalterno. Y, frente a lo norteamericano, incluso lo latino y lo español juegan un papel subordinado: “Mira, no se... Esto no es México. En el imaginario panameño... si te pones a ver las monedas, el centavo es la que tiene menos valor, que nadie quiere, que tiene a Urracá<sup>43</sup>. Y la [moneda de] 25 centavos, que tiene mayor, uso tiene [a] Núñez de Balboa... Pero si te vas al dólar<sup>44</sup>, ahí nos jodimos todos [risas].” (A3, página 4)

Hay otros países latinoamericanos, como Guatemala, Bolivia, México, etc. en los que las poblaciones originarias tienen un peso sociológico considerable. En relación a dichos países, según A3, el lugar que ocupan los indígenas panameños es de menor consideración y presencia en la esfera pública. Aunque se les denomine “panameños originarios”, esa función la cumplen los criollos, descendientes de españoles (mezclados o no con poblaciones originarias).

En la escuela, sí le dicen a uno que los indígenas... Pero no tiene la misma potencia que en México. Tú ves el imaginario... En Panamá, el indígena es el originario panameño...: no, me parece que no. (A3, página 4)

Mira... Los indígenas, es como si no encajaban... No es Guatemala: en Guatemala tienes a los latinos y a los indígenas. En Bolivia... (A3, página 3)

Pero cuando estamos en Venezuela, sí nos muestran a los indígenas. Pero en el imaginario panameño, el origen es el Panamá criollo, mestizos, descendientes de los españoles, de Azuero. (A3, página 4)

Para que los ngöbes encajaban y participasen en la construcción de un modelo de país, de forma activa y eficaz, intercultural o pluricultural tendrían que articular sus demandas junto con otros grupos excluidos: “Estos grupos excluidos, lo que deben es articularse.... Estamos hablando de revolcones... Lo que sería necesario... [es] un revolcón tipo Bolivia, tipo Ecuador... —es muy duro...—, que posibilitaría una articulación de esos grupos.” (A3, página 6).

Como consecuencia de dicha articulación, sostiene A3, las reivindicaciones de esos grupos (indígenas, afrodescendientes, etc.) se unirían y se establecerían “equivalencias” (Ernesto Laclau, 2005). De esta forma, sus demandas podrían tener incidencia pública, se visibilizarían y ejercerían presión para obtener una respuesta satisfactoria, como ocurre en otros “populismos latinoamericanos”. Con esta nueva construcción del “pueblo” (Ernesto Laclau, 2005), se abriría

---

<sup>43</sup> Líder indígena que se enfrentó con éxito a la colonia española, símbolo de la resistencia anticolonial.

<sup>44</sup> La economía panameña está dolarizada, aunque emite monedas propias que son equiparables a las monedas norteamericanas. En Panamá, al dólar se le llama “balboa”.



un nuevo escenario. La situación política actual de los grupos vulnerables es de 'impotencia', debido a la multiplicidad de demandas dispersas, que carecen de capacidad de influencia. La mencionada articulación, por el contrario, facilitaría la inclusión.

Pero la batalla por la supervivencia es tan dura que fragmenta... ese grupo potencial... esa potencial masa de excluidos. No hay..., hay cero articulación... Yo no sé, pero yo no soy un activista tampoco... Yo creo que hay cero esfuerzo de articulación entre indígena, afrodescendientes... (A3, página 6)

Aunque existen intentos recientes e innovadores de articulación entre lo indígena y lo afrodescendiente en Panamá, han resultado fallidos.

Excepto... después de la movilización de los ngöbes de 2012..., que fue en febrero... Después hubo una movilización en Colón por la zona libre. Y los colonenses tuvieron una movilización muy fuerte, muy dura, violenta. Pero sí, en julio de 2012. Era una movilización mediatizada por los dueños de la zona libre. Pero ellos se movilizaron y el gobierno... ese cuasiejército que tenemos... les cayó... Y después... Puedes consultarlo en la prensa, porque fue en julio... Después de eso se creó una coordinadora de indígenas y colonenses... Yo dije: "¡Wow!... si prospera, esto es nuevo...". Pero no prosperó. (A3, página 6)

Pero este tipo de propuesta política, según el entrevistado, puede ser más un problema que una solución. Paradójicamente, lo que puede unir e integrar también puede ser una fuerza destructiva, socavando aspectos centrales de la democracia panameña, sus libertades y sus derechos civiles. Esta articulación podría suponer un peligro si toma una forma revolucionaria, siguiendo modelos como Bolivia, Ecuador o Venezuela. Los proyectos políticos bolivarianos, según el entrevistado, ponen en riesgo algunas garantías democráticas de que dispone el país. A3 sostiene que ni el discurso neoliberal-individualista panameño ni la solución bolivariana son soluciones deseables.

### ***11.3. Las prácticas sociosanitarias en la Comarca Ngäbe Buglé y la interculturalidad en salud***

#### **11.3.1. La “Medicina Basada en la Indigencia” frente a la “Medicina Basada en la Evidencia”**

El sistema público de salud en la comarca no dispone de recursos humanos y técnicos suficientes, según la Directora del Centro de Salud de Bisira y el Director de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud panameño.

Debido a las carencias de insumos e infraestructuras, la atención médica prestada en los centros de salud de las comarcas indígenas son denominadas entre el personal médico panameño como “Medicina Basada en la Indigencia” (MBI). Esta denominación es una derivación crítica de la “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE), con la que se remarcan los déficits y las ausencias del servicio médico que se presta en las comarcas.

La MBI es un término de uso generalizado entre el personal sociosanitario panameño que describe el modelo de atención médica presente en las zonas rurales de difícil acceso y en las zonas indígenas, caracterizadas por la escasez de medios y recursos y por no disponer más que de las tecnologías médicas más rudimentarias. Esta praxis médica difiere de la MBE (traducción literal de la expresión anglosajona Evidence-Based Medicine, EBM), que comprende las prácticas médicas más avanzadas, asociadas a la utilización de los medicamentos más sofisticados de contrastada eficacia, y que cuenta con un extenso y prolífico trabajo de tests y de estudios para confeccionar los diagnósticos, la sintomatología y elaborar un tratamiento.

Desde posiciones críticas médico-científicas<sup>45</sup> o filosóficas<sup>46</sup>, la Evidence-Based Medicine ha sido criticada por el abandono de los pacientes, por la no consideración de aspectos sociales y/o culturales, características de vital importancia para la atención de los pacientes en el primer nivel sanitario, en el de la medicina general o de familia. El abandono y la omisión de estos criterios tienen como consecuencia la medicalización de la vida cotidiana recurriendo a soluciones químicas frente a cualquier crisis o problema, sea de salud o no. La insuficiente presencia de factores sociales o culturales es lo que caracteriza la MBE. En el caso panameño además de la falta de consideración de determinados aspectos culturales también existe un claro déficit material especialmente en territorios indígenas.

---

<sup>45</sup> <http://secardiologia.es/multimedia/blog/5177-medicina-basada-evidencia-base-poco-solida>. Consultado el 15/06/2016.

<sup>46</sup> [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000200005&script=sci_arttext). Consultado el 15/06/2016.

La Medicina Basada en la Indigencia es la que hacemos nosotros, porque, para hacer un diagnóstico, tú tienes que tener muchas cosas: tienes que tener laboratorio, tienes que tener estudios, ¿tú sabes?, lo último; y nosotros no tenemos. Entonces realmente ¿cómo va a saber cuándo ponemos un diagnóstico [que] realmente es el correcto?, ¿Qué evidencia tengo yo para decirte que es eso terapéutico porque mejoró cuando le di eso (¿verdad?) por clínica?; pero realmente a veces no podemos. (C2, página 1)

Cuando hablamos de esas necesidades de insumos, no solamente en las instalaciones de salud, las mismas comunidades tienen carencias. Entonces tienen carencias de salud medioambiental y además tienen carencias en la instalación de salud, de recurso humano, de medicamentos. (C1, página 4)

Las condiciones de pobreza y pobreza extrema, bajos niveles de educación, escasos servicios de agua potable y saneamiento y el aislamiento geográfico de muchas comunidades indígenas en Panamá afectan de manera negativa a las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

Según el propio Ministerio advierte, hay problemas en los sistemas de información sobre la situación sanitaria en la comarca; muchos de los datos solo provienen de los programas de prevención que el Ministerio desarrolla. La Caja de Seguro Social<sup>47</sup> no dispone de instalaciones en la comarca. La Comarca Ngäbe Buglé presenta los mayores problemas en la calidad de las estadísticas de morbilidad. Una situación crítica se observa con relación a los datos de la atención obstétrica, pues no se especifica la edad gestacional en el 11% de los casos y en un alto porcentaje de egresos hospitalarios no se identifica el establecimiento y no se consigna el diagnóstico. Respecto a la calidad del registro de los hechos vitales, las comarcas indígenas muestran los mayores problemas en Panamá. En estas regiones se encontró que en más del 40% de los nacimientos la edad de la madre no aparece registrada. Poseen aún altos sub-registros de mortalidad, especialmente de mortalidad infantil.

Las cifras disponibles reflejan una enorme disparidad entre la población indígena y no indígena en cuanto a la salud. En el caso de la Comarca Ngäbe Buglé tanto la tasa de mortalidad infantil como la mortalidad materna expresan valores muy superiores a la media nacional incluso superiores a la Comarca Guna Yala.

---

<sup>47</sup> Las dos instituciones públicas que ofrecen atención sanitaria pública en Panamá son el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja del Seguro Social (CSS).

**Tabla 18:** Tasa de mortalidad infantil en Comarcas Indígenas (muertes por cada mil nacidos vivos)

Promedio nacional	<b>13,2</b>
Comarca Guna Yala	19,5
Comarca Ngäbe Buglé	<b>20,8</b>

**Fuente:** MINSA, Situación de Salud de Panamá, 2013.

**Tabla 19:** Tasa mortalidad materna en Comarcas Indígenas (muertes por cada cien mil nacidos vivos)

Promedio nacional	<b>80,5</b>
Promedio Comarca Guna Yala	542,3
Promedio Comarca Ngäbe Buglé	<b>552,7</b>

**Fuente:** MINSA, Situación de Salud de Panamá, 2013.

Los pueblos indígenas también tienen mayores incidencias de enfermedades infecciosas. La incidencia de tuberculosis fue identificada como una preocupación especial, con las comarcas Guna Yala y Ngäbe Buglé presentando las mayores incidencias, con una tasa de 163,3 y 85,3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, en comparación con el promedio nacional de 41,253.

Según los profesionales entrevistados, las morbilidades más comunes son los problemas respiratorios de vías altas y bajas, las enfermedades diarreicas y las gastroenteritis, parasitosis intestinal, desnutrición, y recientemente se ha incorporado el sobrepeso y la obesidad

La mayor prevalencia de desnutrición preescolar (menos de 5 años) también se presenta en las áreas indígenas, situación que ha empeorado en los últimos años. En general, los pueblos indígenas expresaban su preocupación por los escasos servicios de salud en las áreas rurales.

La presencia de personal que proporciona servicios de salud sigue siendo limitada en las comarcas y otras áreas con alta población indígena, aunque esta situación está mejorando. Según las *Metas regionales de recursos humanos en Salud 2007-2015*, Panamá se comprometió, junto a todos los países latinoamericanos, a lograr una densidad de personal médico y enfermería equivalente a 25 por cada 10.000 habitantes

A nivel general Panamá ha solventado este compromiso. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo del 2011 (INEC), últimos datos disponibles, por cada 10.000 habitantes hay 27,65 médicos/as y enfermeros/as activos. Panamá cuenta con 5.551 médicos/as (MINSA:

2.118, Caja del Seguro Social: 2.604, Privados: 829) y 4.744 enfermeros/as<sup>48</sup>. Pero en la Comarca Ngäbe Buglé los datos dejan un claro déficit de médicos y enfermeros, estando por debajo de los 3 profesionales sociosanitarios.

Pero al observar estos datos desagregados a nivel de las provincias y regiones de salud, este logro se invierte y se transforma en un desafío urgente, sobre todo en las áreas indígenas.

**Tabla 20:** Número de médicos-enfermeros comparando principales provincias con comarcas (por cada 10.000 habitantes).

Los Santos	38,28
Herrera	37,83
Panamá	33,97
Comarca Guna Yala	13,0
Darién	12,18
Comarca Ngäbe Buglé	2,58

**Fuente:** MINSA, Situación de Salud de Panamá, 2013.

Mientras las provincias de Los Santos, Herrera y Panamá (región metropolitana) tienen una densidad del recurso humano en salud superior incluso al promedio nacional (38,28, 37,83 y 33,97, respectivamente), la Comarca Guna Yala alcanza el 13,0, la provincia de Darién 12,18 y la comarca Ngäbe-Buglé el 2,58. Esto quiere decir que en la Comarca Ngäbe Buglé hay menos de tres médicos o enfermeras por cada 10 mil habitantes.

Un diagnóstico sobre la salud de los pueblos indígenas de Panamá demostró que el 64,2 % de personas indígenas entrevistadas identificaron la distancia como una dificultad en el acceso a los servicios de salud (Anaya, 2014). El Gobierno tiene varios programas para responder a las dificultades de acceso a servicios de salud, tales como la concesión de subsidios y transporte a las clínicas para parteras, el establecimiento de albergues y casas maternas cerca de los centros de salud principales y visitas de los trabajadores de salud a comunidades indígenas para proporcionar servicios básicos. Sin embargo, a pesar de estos programas, el acceso a los servicios básicos de salud en la Comarca oscila entre la precariedad en las zonas más pobladas y la casi inexistencia en las zonas más aisladas. Por tanto, la labor de los médicos tradicionales en la comarca es fundamental. “Gracias al aporte de los agentes de salud alternativa, brindan en aquellas comunidades indígenas apartadas, en donde precisamente debido a esta situación de inaccesibilidad y dispersión geográfica se nos dificulta ofrecer el servicio de salud”, así lo

<sup>48</sup> <http://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-necesita-contratar-por-ahora-personal-medico-extranjero>. Consultado el 15/06/2016.

manifestó el Ministro de Salud panameño en la firma de un convenio de colaboración con la asociación de médicos tradicionales ASASTRAN, en mayo de 2016.

**Tabla 21:** Instalaciones del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 2014.

Región de Salud	Total del País			Hospital				Seguro Social			MINSA CAPSI	Policentro	C. Penitenciario	C. de Promoc.	C. Reintegro	Instituto Espec.	Centro de Salud			Sub C. de Salud			Puesto de Salud		
	Total	MINSA	C.S.S.	Total	MINSA	C.S.S.	Patronato	Policlínica	CAPPS	ULAPS							Total	Funciona	No Funciona	Total	Funciona	No Funciona	Total	Funciona	No Funciona
<b>Total General</b>	<b>905</b>	<b>825</b>	<b>80</b>	<b>38</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>194</b>	<b>192</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>105</b>	<b>8</b>	<b>470</b>	<b>371</b>	<b>99</b>
Bocas del Toro	44	39	5	4	1	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	12	12	0	3	3	0	22	20	2
Coclé	90	85	5	2	1	1	0	3	0	1	0	0	0	3	0	0	18	18	0	8	7	1	55	46	9
Colón	74	69	5	1	0	1	0	3	0	1	0	1	1	0	1	0	12	11	1	13	11	2	41	37	4
Chiriquí	121	103	18	3	0	2	1	4	9	3	0	2	0	0	1	0	31	31	0	22	21	1	46	27	19
Darién	62	62	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	8	8	0	45	41	4
Herrera	45	39	6	3	2	1	0	1	4	0	2	0	0	1	1	0	13	13	0	20	19	1	0	0	0
Los Santos	43	38	5	4	4	0	0	2	3	0	1	0	0	0	0	0	12	12	0	21	20	1	0	0	0
Panamá Este	64	62	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	51	29	22
Panamá Oeste	78	69	9	1	1	0	0	3	2	4	0	0	0	1	0	0	11	11	0	11	9	2	45	37	8
Panamá Metro	44	29	15	8	0	5	3	5	3	2	1	2		2		2	16	16	0	1	1	0	2	0	2
San Miguelito	20	14	6	2	1	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	9	8	1	4	4	0	0	0	0
Veraguas	93	89	4	3	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1		18	18	0	0	0	0	67	52	15
Kuna Yala	20	20	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	0	0	0	0	2	2	0
Ngabe Bugle	107	107	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	2	2	0	94	80	14

**Fuente:** Boletín Estadístico. Anuario 2013, Ministerio de Salud Panameño.

La Comarca dispone de 94 puestos de salud. Además de los puestos de salud, hay 2 subcentros de salud y 10 centros de salud. En San Félix se ha abierto un hospital y, aunque está en la frontera, que no es territorio indígena, se considera como el Hospital de la Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé (en la tabla se incluye como instalación dentro de la Comarca).

Los Centros de Salud con mayor población están ubicados en los distritos de Kankintu, Kusapin, Boca de Río Chiriquí y Alto Soloy. Las zonas con más densidad de centros de atención son las cercanas a la Carretera Interamericana y en zonas costeras, mientras que el resto de la comarca (la gran mayoría del territorio) los centros de atención están compuestos casi exclusivamente por puestos de salud que no suelen disponer de personal permanente y dependen en la mayoría de las ocasiones de las 'giras médicas'. Esta es una manera de visualizar la falta de atención médica en gran parte del territorio comarcal.

De los 10 centros de salud solo 2 cuentan con laboratorios, el de Kankintú y el de Soloy, donde solo se hacen biometrías hemáticas, urinálisis, pruebas rápidas de VIH, parasitología y química general. El hospital de San Félix tiene laboratorios donde hacen otros exámenes y toman radiografías (pero no está ubicado en territorio comarcal, no hay hospitales en la Comarca).

Al hospital de San Félix se derivan pacientes de la región de Nedrini. Al hospital de David se derivan pacientes de la Región de Kodri. En el caso de la región de Ño Kribo se derivan al hospital de Chiriquí Grande y, si la incidencia es muy grave, se deriva al hospital de Changuinola o de David. El Hospital de Chiriquí Grande tiene laboratorios y puede realizar radiografías, pero no dispone de especialistas, de modo que los pacientes que necesiten pruebas de este tipo deben ir al hospital de Changuinola o de David. Ningún hospital se encuentra en la Comarca

En cuanto al personal sociosanitario de la Región de Salud de la comarca Ngäbe Buglé, éste asciende a:

- ✓ 35 médicos, de los cuales 3 son especialistas y 32 son médicos generales.
- ✓ 30 enfermeras, 75 técnicos de enfermería, 85 asistentes de salud.
- ✓ 4 administrativos.

Distribuidos así de la siguiente manera:

- ✓ Hospital de San Félix (no esta en territorio indígena, pero es el hospital más cercano): 1 ginecóloga, 1 médico internista; 1 dermatólogo, 4 médicos generales.
- ✓ Centro de Salud de Chami: 2 médicos.
- ✓ Puesto de Salud de Cerro Iglesias: 1 médico.
- ✓ Centro de Salud de Julí: 1 médico.
- ✓ Centro de Salud de Soloy: 4 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Buenos Aires: 4 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Bisira: 2 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Kankintú: 2 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Kusapin: 2 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Santa Catalina 2 médicos.
- ✓ Centro de Salud de Río Chiriquí: 2 médicos.
- ✓ Sub Centro de Salud de Alto Caballero: 2 médicos.
- ✓ Sub Centro de Salud de Coclesito: 1 médico.

En la comarca solo 2 centros de salud disponen de laboratorios, lo que les imposibilita hacer pruebas básicas. Según el personal médico, esta situación les impide hacer MBE (Medicina Basada en la Evidencia) y tienen que hacer MBI (Medicina Basada en la Indigencia), “con lo que tienes y con lo que puedas”, como afirmaba C1. No contar con un laboratorio para detectar una biometría hemática o para saber si una infección es viral o bacteriana es un grave déficit según el personal entrevistado.

### 11.3.2. Iniciativas de interculturalidad en el sistema formal de salud

Un factor crucial que afecta al sistema sanitario en las comarcas, es la falta de acceso a 'servicios de salud culturalmente adaptados'. Según representantes del Ministerio de Salud, la mayoría de los trabajadores de salud en las comarcas deberían ser indígenas y conocer la cultura sanitaria local; sin embargo, existen muchas dificultades en este sentido, en particular en lo referente a la sensibilización del personal de salud, especialmente el no nativo.

La interculturalidad como la mera mezcla de diferentes culturas es algo inherente a los procesos sociales. Según el rector de la Universidad Ngäbe Buklé las prácticas de interculturalidad son ancestrales entre los pueblos originarios, por lo que, cuando hablamos de interculturalidad, ¿de qué estamos hablando realmente?

El concepto de interculturalidad es un concepto que los ngöbes manejaban desde antes de 1492. La forma de los incas contar y de los incas administrar el territorio lo usaban los ngöbes: algunas creencias sobre animales y de los mares, los antecedentes monárquicos que hay en la comarca... Los ngöbes tienen antecedentes monárquicos; se remonta al apellido Montezuma, hay una historia que habla entre el matrimonio entre los ngöbes y los aztecas. Ese concepto de interculturalidad para nosotros no es nuevo. (A6, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, página 17-18)

Pero ¿qué entiende el Ministerio de Salud como servicios culturalmente adaptados? Según los entrevistados, los aspectos principales de la interculturalidad según el DASI (Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas) es una atención culturalmente adaptada, como unos servicios bilingües (castellano y lengua nativa), en los cuales el personal médico de los centros de salud tenga constancia de las costumbres y los usos locales, conociendo la medicina tradicional en sus diferentes variantes.

Un planteamiento alternativo podría ser entender a los servicios de salud culturalmente adaptados en la Comarca Ngöbe Buglé como la forma de garantizar el acceso al sistema sanitario público y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad, que contribuyan a la integración y a la plena participación en la sociedad de la población indígena como grupo culturalmente diferenciado y socialmente vulnerable. Porque los indígenas además de ser pueblos culturalmente diferenciados son ciudadanos panameños, en definitiva son 'diferentes, pero también son iguales'.

Un problema identificado por representantes del Ministerio de Salud es que el personal de salud no indígena a menudo no quiere trabajar en las comarcas, aunque reciba salarios más altos según el director del DASI (Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas). En ocasiones este personal se siente frustrado, aislado, y sienten que su labor no se ve suficientemente reconocida.



Hay que tratar con dignidad al recurso humano que está en estas localidades apartadas, alejadas, muchas de ellas inclusive con ausencia de la tecnología de comunicación que tenemos hoy. No hay señales en los móviles, no tienen un lugar adecuado de esparcimiento para el recurso de salud, no tienen dormitorios, una serie de situaciones que dificultan la estabilidad del recurso humano que está allí. Se desmoraliza, no tienen un sentido adecuado, económico, para poder satisfacer [lo] que ellos hacen al estar en esas áreas apartadas. Eso dificulta aún más la situación. (C1, página 4)

La legislación panameña en materia indígena se encuentra, “entre las más avanzadas del mundo en cuanto a la protección y promoción de los derechos de los pueblos indígenas” (Anaya, 2014). La Constitución Política de la República de Panamá contiene importantes disposiciones que protegen los derechos de los pueblos indígenas del país en relación con su identidad, lengua, educación, cultura e idiosincrasia. El Estado reconoce y respeta la identidad étnica de las comunidades indígenas y se compromete a implementar programas para desarrollar su cultura y sus tradiciones.

Panamá cuenta con diferentes textos legales que reconocen la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrar estas prácticas medicinales en el sistema formal de salud. A pesar de este marco legal, destacan, sin embargo, los incumplimientos, como señalan los líderes de las entidades de médicos tradicionales, y la falta de voluntad política, como señala el máximo representante de la implementación de las políticas de interculturalidad en el Ministerio de Salud. Los recursos para desarrollar acciones que posibiliten la complementariedad o la relación armónica entre la medicina occidental y la medicina tradicional, brillan por su ausencia, produciéndose por lo general “un reconocimiento sin redistribución” (Fraser, 1997).

Un avance importante es la creación en 2011 de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI) en el seno del Ministerio de Salud, cuya misión es proporcionar una atención integral de la salud a los pueblos indígenas y ayudar conservar sus conocimientos ancestrales y sus derechos fundamentales. La Dirección proporciona servicios de salud, tal como vacunaciones, odontología y despacho de medicamentos, y servicios de sensibilización y capacitación, por ejemplo a parteras y a médicos tradicionales en temas de salud relacionados con la labor que realizan en las áreas indígenas. Asimismo, en 2003 se creó la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena para promover las formas tradicionales de sanación en coordinación con las autoridades tradicionales indígenas, pero ésta no está operativa hasta la fecha.

En la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé en el capítulo II (salud), artículo 256, se establece la creación de un área específica en medicina tradicional dentro de la Dirección Médica Comarcal. Esta dirección no se ha constituido.

El artículo 257 de la Carta Orgánica Administrativa reza “para armonizar y fusionar la medicina occidental con la medicina tradicional se crea la comisión técnica especializada, integrada por especialistas y expertos para planificar y orientar eficazmente los servicios médicos”. Esta comisión nunca se ha reunido.

En los artículos 258, 259, 261-266, se describen una batería de acciones para promover, conservar, investigar, formalizar y consolidar las prácticas curativas tradicionales, acciones como poner en marcha huertos con plantas curativas, la transmisión y la difusión de las prácticas curativas tradicionales, el investigar y estudiar la medicina tradicional. Los médicos tradicionales por medio de entidades sociales como ASASTRAN e Ichi Druribo elaboran líneas de interlocución y colaboración con los centros de salud, pero no cuentan con un apoyo institucional adecuado ni con recursos, y estas iniciativas son impulsadas de forma voluntaria por la comunidad.

En 2011 se ejecutó un presupuesto fruto de un convenio firmado entre ASASTRAN y el Ministerio de Salud, con el apoyo de las autoridades tradicionales, para impulsar, proteger y formalizar la práctica de la medicina tradicional en la comarca. En 2012, 2013, 2014 y 2015 este proyecto no se ha dotado del presupuesto aprobado por lo que el proyecto está suspendido. El 17 de marzo de 2016 el Ministerio de Salud y ASASTRAN han firmado un convenio de cooperación<sup>49</sup>.

La mediadora del MINSA con los médicos tradicionales describe la iniciativa de complementariedad de la medicina tradicional con la medicina occidental, implementada en 2011, como un proceso con resultados que sirve de buena práctica para orientar futuras acciones.

¡Si yo tengo registros de que ellos en un año podían ver una consulta de 300 a 400 pacientes! Tanto adulto como niño lo registraban. En atención de visitas, actividades de extramuros, hacían visitas a embarazadas, a puerperas, a niños. Y los diagnósticos están relacionados con las diarreas, daban diagnósticos como mal de ojo, como siempre, resfriados, dolores localizados en piernas, dolores musculares, y parasitosis, desnutrición. Ellos se basaban en... Eso está documentado; está documentado en registros que tiene el Ministerio de Salud. (C9, página 1)

El lineamiento hacia la complementariedad constituyó una serie de acciones que tenían como finalidad la convivencia de las dos culturas médicas en los centros de salud, un proyecto de interculturalidad que no tuvo continuidad y que contó con una fuerte oposición por parte del personal sociosanitario del MINSA hacia los sanadores tradicionales al no entenderlos como prescriptores de salud.

El título de médico no aceptaban que lo cargara cualquier persona; el título de médico lo tenía que dar una institución educativa, superior, regulada y desde allí comenzaba: la titulación de las

---

<sup>49</sup> <http://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-firma-convenio-de-cooperacion-con-asociacion-de-agentes-de-salud-tradicional-natura>. Consultado el 15/06/2016.

personas. Ellos rechazaban su parte de curandero; ellos son médicos *botánicos*, ni siquiera médicos tradicionales. (C9, página 1)

La Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud (DASI) ha desarrollado proyectos de capacitación dirigidos a médicos tradicionales, botánicos y parteras, no sukias, en cuestiones básicas de biomedicina, prevención y promoción. Los botánicos destacan por sus conocimientos de remedios curativos naturales, pero no responden exactamente al perfil de ‘chamán’, al que sí responde el sukia. De ahí que reivindiquen su rol como médicos botánicos tal como menciona la entrevistada C9 (mediadora del MINSA con médicos tradicionales).

Existe una conflictiva relación entre lo espiritual y lo natural, todo lo espiritual es considerado como un atraso por el personal biomédico no aborigen. Los médicos botánicos se presentan como profesionales sanitarios conocedores de remedios naturales, pero sin dones sobrenaturales, lo que les posibilita ser legitimados ante la comunidad científica. Pero siempre hay elementos metafísicos en las formas de curación tradicional que no son aceptados por el personal biomédico.

El director de la DASI entendía como otra medida de interculturalidad que la mayoría del personal sociosanitario en los centros de salud de la comarca fuera de origen nativo. La presencia mayoritaria de personal nativo se entiende desde la dirección de la DASI como una medida de interculturalidad per se, a pesar de la pluralidad de prácticas y saberes y de las diferentes posiciones sobre la medicina tradicional entre los propios ngöbes.

Si son médicos de origen étnico indígena, obviamente van a saber cuál es el sistema no formal de salud, la medicina tradicional indígena, y lo van a conocer. Los que no tengan origen étnico, que sean latinos por así decirlo, van a tener esas inquietudes precisamente. (C1, pp. 4-5)

Están muy generalizadas en los discursos las concepciones homogeneizantes, monológicas y etnicistas de la cultura, que constituyen premisas epistémicas de lo que Seyla Benhabib conceptualiza como la sociología reduccionista de la cultura. Estas concepciones entienden:

1. Que las culturas son totalidades claramente delineables.
2. Que las culturas son congruentes con los grupos poblacionales y que es posible realizar una descripción no controvertida de la cultura de un grupo humano.
3. Aun cuando las culturas y los grupos no se corresponden exactamente entre sí y aun cuando existe más de una cultura dentro de un grupo humano y más de un grupo que puede compartir los mismos rasgos culturales, esto no comporta problemas significativos para la política o las políticas.

Estas concepciones reduccionistas tienen como efecto el esencializar las culturas como la propiedad de un grupo étnico o raza, reificar las culturas como entidades separadas poniendo de relieve su carácter definido y limitado, enfatizando en exceso la homogeneidad interna de las culturas.

Frente a una idea estática, homogénea y coherente de la cultura, una concepción de la cultura plural puede definirse del siguiente modo: “Las culturas son complejas prácticas humanas de significación y representación, organización y atribución, fraccionadas en el interior mismo de narraciones en conflicto, que se constituyen a través de complejos diálogos con otras culturas” (Benhabib, 2006).

Otra iniciativa de interculturalidad impulsada por el DASI es la elaboración de un nuevo marco legal para la medicina tradicional que garantice unas políticas de complementariedad entre las dos medicinas presentes en los contextos indígenas.

A través de ese anteproyecto de ley 80, que lo que busca [es] la protección del uso y las prácticas de la medicina tradicional ancestral indígena. Y como esa medicina ancestral indígena se va articular con la medicina académica o convencional, esto lleva un proceso de codificación de normas y reglamentos que existen en el código sanitario. (C1, página 3)

Pero a pesar de estas iniciativas legales, según el personal sociosanitario del Ministerio de Salud y los médicos tradicionales entrevistados, esta coordinación, armonización y complementariedad no se da *de facto*. Como denuncian los médicos tradicionales, la existencia de un marco legal de reconocimiento no garantiza efectividad para un progreso en términos de interculturalidad:

[En] Panamá existe una normativa, las comarcas indígenas (las leyes de las comarcas también lo contemplan): es coordinación, colaboración... Aquí sin embargo se necesita llevarlo a la realidad; está escrito en libros, en ideas, en propuestas, pero no se ha consolidado el plan. Y el plan se debe consolidar con infraestructuras, equipos y lo que representa la operación, en diferentes aspectos; pero, si existe la ley, a nivel del centro de salud se combina a nivel medio, pero falta para consolidar, porque, por ejemplo, hemos atendido casos de ellos que el centro de salud de repente no puede atenderlo inmediatamente: nosotros le atendemos. (B2, en entrevista a médicos tradicionales en Bisira, página 1)

Además de una concepción reduccionista de la cultura, destaca la presencia de un “pensamiento abismal” (de Sousa Santos, 2010) como forma de demarcar una línea que divide a un lado a las culturas superiores y al otro a las culturas inferiores. Las culturas inferiores estarían caracterizadas por la irracionalidad, por lo estático y por lo primitivo, etc., y ocuparían ‘el otro lado de la división’. Las culturas inferiores comprenden unas formas de vida, unas prácticas y unas creencias subalternas, erráticas, deslegitimadas. En el lado de las culturas superiores está el conocimiento moderno e incluso las concepciones religiosas “más veraces”, es decir, un espacio que ocupa el lugar de lo verdadero y lo legítimo.

Estos debates transitan por los entornos de los antagonismos culturales, de las diferencias simbólicas y sociales entre las consideradas como culturas superiores frente a las culturas inferiores. En gran parte de las intervenciones del personal biomédico a la cultura se la identifica con creencias, que son míticas en la mayoría de los casos, y el conocimiento científico con la verdad.

Yo he visto a muchos de ellos haciendo ese proceso y realmente les ha funcionado a algunos pero sí le quiero decir: [en] esto influye mucho la cultura; hay mucha cultura, mucha hechicería; ellos son muy allegados a la hechicería. Es algo más espiritual; a través [de] eso ellos vienen y toman la autoridad para hacer la medicina tradicional. (C8, en entrevista a personal del Centro de Salud de Bisira página 5)

Sin embargo, la química no; la química lleva un proceso: ellos calculan, estudian a medida que se van formando un antibiótico y una pastilla. Es la diferencia grande y este te voy decir que es un reto muy grande para nosotros como funcionarios, porque ellos tienen su forma de pensar. (C8, en entrevista a personal del Centro de Salud de Bisira, página 5)

Y en la parte de la cultura nosotros aquí (y te lo digo con seguridad), hay mucha brujería, mucha hechicería, o sea poca fe, poco Cristo, poco Dios. (C8, en entrevista a personal del Centro de Salud de Bisira, página 8)

La interculturalidad podría ser un modo de conservar las culturas y las idiosincrasias, y reconocer su valor (Taylor, 1993), pero una acepción restringida nos puede llevar a entenderla como la conservación de una cultura ancestral a modo de 'reserva', para 'los museos', o 'como una reliquia'. Otra forma de abordar la interculturalidad, puede ser entenderla como una forma de articular las políticas públicas, como un criterio transversal presente en la acción de gobierno e incluso en el modelo de desarrollo. En definitiva, la interculturalidad puede ser una oportunidad de integración y de transformación social, como manifiesta el Rector de la Universidad Ngäbe.

Nosotros planteamos que a nivel local la cultura es una oportunidad, no solo para nosotros, sino para todos los distritos que hay en la periferia de la comarca, con los proyectos que se hacen. Sucede con la Educación: van a querer venir acá; cuando vean una universidad indígena, van a pedir venir acá. Los centros están lejos. Que han sido excluidos y tratados con desigualdad. Es una oportunidad. (A6, en entrevista grupal en la Universidad Ngäbe Buklé, página 17)

Si la primera acepción de interculturalidad, más restringida, responde a una política que atiende a aspectos específicamente culturales ('la cultura como una reliquia'), el segundo criterio comprende un planeamiento integral que atiende no solo a factores culturales, sino también políticos y económicos. Esta segunda forma podría contribuir a la construcción de valores como los de sociedad civil y democracia, e incluso podría instaurar un nuevo modelo de desarrollo.

Los mestizos no les interesaban, pero ahora están aprendiendo. Es una oportunidad en lo local para las personas que están en el área. Así que es con todo." (A6, en entrevista grupal en la Universidad Ngäbe Buklé, página 17)

Estamos buscando un desarrollo local con identidad y luego que podemos aportar como patrimonio al mundo. Nadie más en el mundo habla nuestro idioma, nadie más en el mundo práctica balsería, nadie más en el mundo cree en los mama tadta. Hay una diferencia: hay futuro a nivel local y hay futuro a nivel internacional. Lo que tenemos [es] que acercar ese diálogo entre culturas sin prejuicios, con esa libertad de pensamiento para poder aprovechar la creatividad bicultural o multicultural. (ibídem)

### **11.3.3. La cultura más allá de la etnicidad: desigualdad cultural, política y económica como claves de la interculturalidad en salud**

Las estrategias contempladas en las leyes y en los planes operativos del sistema formal de salud panameño para el fomento, la conservación y la implementación conjunta de la medicina occidental y la medicina tradicional en el territorio comarcal carecen de recursos públicos o estos son demasiado exigüos. En definitiva las políticas de interculturalidad en salud no disponen de recursos.

El plan estratégico de salud para los pueblos originarios de Panamá que propone el DASI en la “Formulación de la Política Nacional de Salud 2010-2015 con enfoque de interculturalidad en los recursos humanos” sería el siguiente:

Objetivo General: Contribuir en la definición de políticas y estrategias para el fomento de la salud y el abordaje integral e intercultural de los problemas de salud de los pueblos indígenas

Objetivos Específicos: a. Contribuir al desarrollo de Políticas y marcos legales, que salvaguarden los derechos en salud de la población indígena b. Promover la salud y la participación social en el ámbito regional y local, en la gestión de los programas y proyectos dirigidos a la población indígena c. Disminuir las brechas y desigualdades en salud y medio ambiente de las poblaciones indígenas, a través de la financiación de las acciones prioritarias en salud d. Disminuir la morbi-mortalidad general y materno-infantil de las poblaciones indígenas

Objetivos Específicos: e. Ofertar servicios geográficos y culturalmente accesibles y aceptables a la población indígena en la red de servicios de salud públicos existentes f. Fortalecer el recurso humano institucional y de las redes sociales mediante programas de formación y capacitación para la entrega de una atención en salud eficaz, segura y de calidad, basados en la interculturalidad y el respeto a las diferentes etnias g. Mejorar el sistema de información de salud de los pueblos indígenas h. Promover el desarrollo de investigaciones que apoyen el diseño de políticas públicas, el mejoramiento de las condiciones de vida, la equidad y calidad de los servicios culturalmente aceptables de la población indígena i. Contribuir al logro de los ODM

Componente 1: Marco jurídico sanitario. Revisión del marco jurídico normativo en las siguientes áreas: Funcionamiento de las instalaciones de salud en áreas indígenas. Recurso humano que labora en áreas indígenas. Atención de poblaciones indígenas en áreas fronterizas. Programas y normas de atención a población indígena, culturalmente accesibles y aceptables para la población indígena.

Componente 1: Marco jurídico sanitario. Recurso humano en número suficiente y con capacidad adecuada en el tema de población indígenas e interculturalidad. Alianzas con otras iniciativas existentes en las áreas indígenas. Incorporación de la medicina tradicional en los servicios de salud.

Principales Resultados Esperados: Marco jurídico-normativo de los servicios de salud para las poblaciones indígenas. Ministerio de salud fortalecido para la rectoría en salud de las poblaciones indígenas. Política de RRHH en salud para las poblaciones indígenas Componente 1: Marco jurídico sanitario.

Componente 5: Provisión de servicios accesibles y culturalmente aceptables. Objetivo Específico: Aumentar la cobertura de atención y la capacidad de respuesta a las necesidades de

la población a través de servicios de salud públicos existentes. Análisis de la red de servicios de salud e identificación de necesidades prioritarias. Gestión del financiamiento para la reestructuración. Planes de infraestructura física, recursos humanos, equipos e insumos. Creación y rehabilitación de casas maternas.

Componente 5: Provisión de servicios accesibles y culturalmente aceptables. Objetivo Específico: Aumentar la cobertura de atención y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población a través de servicios de salud públicos existentes. Provisión de albergues comunitarios temporales para gestantes y niños de alto riesgo próximos a las instalaciones de salud. Crear albergues tradicionales. Mejorar el conocimiento por parte del equipo de salud de la medicina tradicional. Rescate de la medicina tradicional.

Componente 5: Provisión de servicios accesibles y culturalmente aceptables. Objetivo Específico: Aumentar la cobertura de atención y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población a través de servicios de salud públicos existentes. Provisión de servicios interpretes indígenas en cuartos de urgencias y servicios de trabajo social en las instalaciones que accedan las poblaciones indígenas. Vinculación con parteras y médicos tradicionales. Nombramiento de personal autóctono para la provisión de servicios y/o con formación lingüísticamente aceptable. Capacitación y formación del recurso humano, de todas las disciplinas técnicas y profesionales de la salud, que trabajan en las instalaciones de las comarcas indígenas con patrones culturales prevalentes en el área.

Principales Resultados Esperados: Red de servicios de salud en áreas indígenas reestructurado y fortalecido. Provisión de servicios culturalmente accesibles y aceptables. Programas de atención en salud con enfoque intercultural en poblaciones indígenas. Autoridades de salud, líderes comunitarios y trabajadores de la salud interculturalmente capacitados.

Tanto las acciones específicas contempladas en el marco legal como los organismos del Ministerio de Salud encargados de implementar las políticas de interculturalidad, como el DASI (Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas), carecen de una dotación presupuestaria adecuada.

Según su Director, el hecho de que la DASI carezca de recursos se debe a una política sanitaria de interculturalidad sin presupuesto. La DASI es una institución que tiene como principal finalidad la implementación de medidas de interculturalidad, pero no dispone de una dotación económica adecuada. La ausencia de recursos económicos imposibilita el desarrollar unas estrategias integrales en el marco de los planes operativos, imposibilitando que las acciones tengan incidencia.

Dentro de los escasos recursos que tenemos, realmente tenemos una deficiencia presupuestaria que yo le llamaría sin presupuesto: recursos humanos prácticamente no tenemos, personal capacitado y sensibilizado para trabajar con las poblaciones indígenas, los insumos, ni siquiera los espacios físicos tenemos. Estamos metidos en el espacio físico de planificación, entonces es fundamental. Primero hay que fortalecer esa instancia que se llama Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y dotarla de lo que es necesario para que ella cumpla con sus funciones y sus objetivos.” (C1, página 1)

Junto a la falta de recursos económicos destaca la falta de ‘voluntad política’, según expresa el Director de la DASI, que responde a una falta de sensibilización en las autoridades. Estas no tienen en cuenta las formas y los saberes tradicionales curativos de los pueblos originarios.

Lo fundamental aquí es que hay que sensibilizar a las autoridades que tienen mando, las máximas autoridades, del Ministro de Salud para abajo, porque tiene que existir la voluntad política para que esto pueda funcionar. Si de los mandos superiores no hay conciencia [de] cómo hacer y dar las instrucciones para que se cumplan, se hagan, es bien difícil. (C1, página 2-3)

Pero además de la falta de recursos y de voluntad política no se generan canales ni plataformas para la participación de la sociedad ngöbe que vive en las comarcas, ni a través de organizaciones civiles activas como las entidades de médicos tradicionales ni a través de las autoridades tradicionales. Destaca la ausencia de espacios para adoptar decisiones compartidas que faciliten articular políticas de interculturalidad

Según la Directora del Centro de Salud de Bisira se requiere una prestación que culturalmente se adecúe más a los deseos de la gente. El sistema de salud que se implementa en la Comarca no se adapta a la idiosincrasia de sus beneficiarios ni atiende su especificidad cultural, porque no se les tiene en cuenta a la hora de diseñar los planes, las estrategias y las acciones.

Esa es la parte, ¿no?, pero, ¿por qué la gente prefiere la medicina tradicional?. Porque a veces somos muy fríos; donde el señor Santos (médico tradicional) puedes llegar en cualquier momento, a la comida, tomas el cafecito..., Esas cosas... Es la parte de la cosmovisión de la gente. Esas son las cosas que el sistema debe cuidar: una prestación más... Culturalmente, lo que la gente quiere. Le hemos preguntado a la gente cómo le gustaría. ¿La calidad?: ¿quién mide la calidad?: ¿nosotros? Nosotros prestamos el servicio” (C2, página 4)

«¿Cómo te gustaría que fuera tu sistema de salud?» La gente no tiene opinión. «Si le atendieron, le atendieron temprano...» «¿Usted salió temprano? ¿Lo trataron bien?» No sé. «Pues me trataron; me dieron la medicina, y me curé, pero me sentí mal...» (C2, página 4)

Pero nunca «¿cómo le gustaría a usted fuera su sistema de salud? »” (C2, página 4)

La participación se entiende como un elemento clave para ofrecer unas prestaciones y unos servicios culturalmente adaptados. Pero además de la participación, otra de las claves es la sensibilización, la sensibilización tanto de las autoridades como del personal sociosanitario que ejerce su profesión en los centros situados en la comarca.

El fomento de competencias culturales del personal es una de las claves de las políticas de interculturalidad en áreas y zonas, en especial donde la población culturalmente diferenciada es mayoritaria. Las políticas de competencia cultural tienen como clave la sensibilización en la cultura nativa, el adquirir competencias que permitan atender las necesidades específicas de los beneficiarios por parte de los profesionales sanitarios.

A finales de los 80 se plantea una de las definiciones más conocidas y ampliamente aceptadas de ‘competencia cultural’, entendida como “un conjunto congruente de comportamientos, actitudes y políticas que se manifiestan de manera conjunta en un sistema, agencia o entre profesionales, capacitando a dicho sistema, agencia de aquellos profesionales para trabajar de manera efectiva en situaciones transculturales” (Cross et al., 1989: 13).



Tanto la presencia de personal especializado que disponga de un conocimiento acreditado en la cultura médica y sanitaria local como su capacitación en esta realidad son medidas imprescindibles para desarrollar una política de salud culturalmente adaptada.

Siguiendo la definición de la American Academy of Nursing la noción de *cultural competence* comprende “la integración compleja de conocimientos, actitudes y habilidades que aumentan la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas para los otros” (Flores Martos, 2011). Campinha-Bacote define la competencia cultural como el proceso en el que los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan por lograr la habilidad para trabajar adecuadamente dentro de un contexto cultural en una familia, en un individuo o en una comunidad (Marrero González, 2013). Purnell define la competencia cultural como la adaptación de la atención de una manera consciente configura un proceso no lineal Purnell, 1999).

La mediadora del MINSA señaló que uno de los principales factores de fracaso en la iniciativa fue la falta de familiaridad del personal médico científico con los sanadores tradicionales, no reconociendo su autoridad como médicos tradicionales, a causa del origen no académico de sus conocimientos y de la extrañeza que generaban sus prácticas.

Generalmente, [en] cada cambio hay resistencias. Y yo pienso que lo primero que teníamos que hacer era familiarizar al personaje. El personaje no es un brujo, no es curandero; es un médico que trabaja con el ambiente, la tierra, la naturaleza, y con plantas, o sea que es un médico botánico, y desde allí empezamos con la pelea. (C9, página 2)

En este sentido, resulta particularmente relevante la propuesta planteada en el marco de los estándares CLAS (*Culturally and Linguistically Appropriate Services*) en Estados Unidos, que proponen redefinir la competencia cultural como “servicios cultural y lingüísticamente apropiados”, caracterizados por “la capacidad de funcionar de manera efectiva como individuo y como organización, en el contexto de las creencias culturales, comportamientos y necesidades de los consumidores y sus comunidades”, proporcionando “servicios de salud respetuosos y que respondan a sus necesidades culturales y lingüísticas” (OMH, 2001).

Este tipo de perspectiva de interculturalidad sería muy cercana a los lineamientos estratégicos del ministerio de salud panameño. En el marco de los planes estratégicos de salud del Ministerio (MINSA, 2010) se hace mención a su enfoque en interculturalidad y a la incorporación de elementos étnico-culturales, pero no hacen una mención explícita a la articulación de una estrategia con acciones que armonicen los dos sistemas médicos en el sistema formal de salud, se hace una vaga mención “a la incorporación de la medicina tradicional al sistema de salud”.

El documento “Formulación de la Política Nacional de Salud 2010-2015 con enfoque de interculturalidad en los recursos humanos” tiene las siguientes claves:

Retos para el desarrollo de políticas de recursos humanos en Salud para Poblaciones Indígenas

- ✓ La escasez de profesionales de la salud en las comarcas.
- ✓ Reclutar y mantener personal de la salud para trabajar en comunidades Indígenas.
- ✓ Falta de un sistema de incentivos.

Política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud. (5-10) OE 6.1: Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país. LA. 6.1.1: Elaboración del diagnóstico de recurso humano de salud LA. 6.1.2: Desarrollo de un programa de relevo generacional de los profesionales de la salud.

Política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud. OE 6.2: Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos. LA. 6.2.1: Evaluación de las necesidades de formación del recurso humano que presta servicios en el sistema sanitario

OE 6.3: Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional. LA. 6.3.1: Desarrollo de programas de educación y formación continua a los profesionales de salud en materia de salud pública. LA. 6.3.2: Revisar la oferta académica de las universidades y sociedades científicas para el sector salud.

OE 6.4: Evaluar el desempeño del personal de salud. 6.4.1: Definición de criterios e indicadores para la evaluación del desempeño. 6.4.2: Establecimiento de un programa de incentivos

OE 6.5: Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado. 6.5.1: Aplicación de Encuestas de satisfacción del entorno organizacional del personal de salud. 6.5.2: Sensibilización a los tomadores de decisiones sobre los efectos negativos de las condiciones precarias de trabajo en los trabajadores de la salud 6.5.3: Elaboración y aplicación del Plan para Mejorar el Ambiente Laboral.

Principales Resultados Esperados: Culminar el diagnóstico del Recurso humano en salud, a nivel nacional, público y privado. Diseño e implementación del Plan de relevo generacional del personal de salud. Coordinación con las instituciones académicas para actualizar la oferta académica según las necesidades del sector. Incremento de la formación académica del personal de salud (Becas de SENACYT, coordinación internacional). Diseño del Plan de mejoramiento del ambiente laboral. Política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.

Estas medidas propuestas por el DASI no han recibido un apoyo financiero por lo que son acciones pendientes de implementar. Pero en cualquier caso siguen siendo un tipo de políticas de interculturalidad que no son integrales, están dirigidas a un determinado espectro social (los médicos tradicionales), no son transversales. Este tipo de políticas compondría lo que el antropólogo Gerardo Fernández Juárez denominó “la interculturalidad en salud como una cosa de los indios” (Fernández Jaurez, 2011).

Perspectivas más recientes proponen redefinir el concepto de cultura, más allá de la etnicidad, incorporando en un sentido amplio, considerando todos los aspectos de la vida de una persona, es decir, su contexto en un sentido global incluyendo circunstancias presentes, situación socioeconómica, situación legal, entorno físico y social y vida cotidiana, en general (CE, 2006; WHO Regional Office for Europe, 2010). Así, por ejemplo, el Consejo de Europa en sus Recomendaciones sobre servicios de salud en una sociedad multicultural (CE, 2006) adopta una definición amplia de ‘cultura’ que reconoce la existencia de sub-categorías culturales

basadas en dimensiones como el género, la educación, la ocupación, el status socioeconómico, la situación legal, o situaciones como la condición de sin hogar, o experiencias traumáticas comunes, entre otras.

Según el máximo encargado de la implementación de este tipo de políticas en Panamá, el Director de la DASI del Ministerio de Salud panameño, la capacitación cultural del personal sociosanitario no nativo es muy deficiente. Una de las premisas del Director de la DASI es que el personal sociosanitario nativo, a diferencia del personal que no es indígena, conoce la cultura nativa, por lo que no necesita ningún tipo de capacitación ni formación en las prácticas tradicionales. Aunque en realidad son muchos los casos en el que personal sociosanitario ngöbe desconoce la cultura sanitaria autóctona. La cultura no es algo homogéneo, coherente, sino que en múltiples facetas es heterogénea y contradictoria, porque el hecho de pertenecer a un entorno social no garantiza conocer las diferentes expresiones culturales de ese entorno. Por eso, en la sociedad ngöbe hay multiplicidad de culturas, multiplicidad de identificaciones y diferentes itinerarios de socialización. Este riesgo de naturalizar las diferencias culturales compone una mirada excesivamente etnicista de la cultura.

En este mismo sentido las propuestas del DASI adolecen de un sentido de articulación, complementariedad, sinergia, y colaboración entre los dos sistemas médicos, espacios que posibiliten el diálogo cultural y la reciprocidad, el conocimiento y el reconocimiento posibilitando el cambio, el dinamismo y la adaptabilidad.

En esta misma línea, algunos autores han sugerido la noción de “sensibilidad a la diversidad” (Ingleby, 2011; Renschler & Cattacin, 2007). Con ella se pretende recalcar la importancia que tiene tomar en consideración las múltiples dimensiones de la diversidad humana a la hora de prestar cuidados de salud. Ello implica no limitarse exclusivamente a la etnicidad, sino también incluir otros factores como género, edad, posición socioeconómica, orientación sexual, discapacidad o contexto comunitario, dadas las implicaciones de dichos factores sobre las necesidades en el ámbito de la salud y el acceso a los servicios sanitarios.

La incorporación de la diversidad cultural en el ámbito de la salud requiere por tanto la inexorable consideración de los procesos de exclusión social, las desigualdades sociales y las asimetrías de poder como dimensiones clave a la hora de comprender y transformar las condiciones generadoras de desigualdades en salud y en el acceso y calidad de los servicios sanitarios en contextos de diversidad cultural como la comarca Ngäbe Buglé.

Es de especial importancia ser consciente del riesgo de culturizar excesivamente la cuestión de los grupos étnicos, despojando a la problemática de sus alcances económicos y políticos, riesgo que está presente en algunas lecturas del marco teórico de “la competencia cultural” (Hernández Plaza, 2014).

La relación entre grupos culturales está mediada por la distinta posición social de los mismos, de manera que la interculturalidad no puede entenderse al margen de los fenómenos de poder y de estratificación socioeconómica de los grupos sociales. La gobernanza de la diversidad cultural en salud ha de ir por tanto inexorablemente unida a la gobernanza de las desigualdades sociales y económicas, y a la necesaria lucha contra la pobreza y la exclusión social, a menudo sufridas con mayor severidad por las comunidades indígenas.

#### **11.3.4. Dos medicinas tradicionales: La botánica tradicional (*los kroko dianko*) y el chamanismo (*los sukia*). Los síndromes de filiación cultural y el pluralismo médico**

En la sociedad ngöbe los sukia son el equivalente a los jaibaná de los emberá o a los nele de los gunas. Además de consejeros, sabios o líderes espirituales, son los sanadores. Los sukias conocen los secretos de la medicina botánica tradicional, además de contar con facultades adivinatorias y de comunicación con los espíritus. Ellos presiden las ceremonias sociales dentro de la comunidad.

Los botánicos (los *kroko dianko* en ngäbere) constituyen una figura emergente dentro de la medicina tradicional ngöbe, que por medio de las entidades sociales de médicos tradicionales (ASASTRAN y Ichi Druribo) buscan integrarse en el sistema formal de salud, complementar la medicina occidental con la medicina indígena y legitimar su posición. Los sukias no buscan legitimarse e integrarse en el sistema formal de salud, sino que esta figura se identifica con la sociedad más tradicional, no pretende profesionalizarse ni formar parte de un sistema social que para ellos es ajeno. Los sukia no solo son médicos tradicionales, sino que también son líderes sociales y espirituales, son una parte crucial del modelo social comunitario en la comarca.

El sukia sabía más curar los hechizos y hacer rituales: aplica esa planta y una ceremonia religiosa con una tiradera de agua; es ritualismo. Pero en la ribera de la comarca son pocos, es un don, la persona que nace. Por ejemplo, en mi genealogía familiar yo tuve cuatro, poderosos, muy buenos, pero ya murió. (B2, en entrevista a médicos tradicionales de Ichi Druribo, página 2)

Además de los botánicos existen las parteras como médicos tradicionales, aunque éstas no tienen protagonismo en la presente tesis, componen un actor fundamental, pero el foco de la investigación está en los botánicos como actor híbrido y emergente. Es importante hacer explícito que entre los médicos botánicos hay tanto mujeres como hombres, aunque en su mayor parte son hombres. Las parteras siempre son mujeres.

Los botánicos tradicionales o los botánicos empíricos son médicos tradicionales que conocen tratamientos naturales, pero no disponen de dones adivinatorios y sobre todo no cuentan con la especial conexión de los sukias con los espíritus. En la mayoría de los casos el tratamiento de

los botánicos proviene de las plantas, aunque también de los minerales, del agua y de otros animales.

Los sukias tienen precedentes familiares. Cada 3 generaciones nace un sukia. No tienen por qué aprender a curar por medio de sus ancestros; en ocasiones ellos mismos aprenden a través de sueños o visiones, aunque los sukias tradicionalmente han empezado siendo discípulos de otro sabio (otro sukia) antes de ejercer la medicina tradicional. Los botánicos aprenden de su abuelo o de su padre, aunque en la actualidad por medio de las asociaciones de botánicos se van optimizando, sistematizando y formalizando procesos de capacitación, investigación e intercambio de experiencias independientes del círculo familiar.

Tradicionalmente el sukia era el varón primogénito, aunque desde la aparición de Delia Bejarano (Mama Chi) en los años 60 y el nacimiento de la religión oficial de la comarca Ngäbe Buglé, los Mama Tadtá, hay constancia de sukias de sexo femenino (Verges y Farinoni, 1998). El sukia debía tener la facultad de dominar a los espíritus y a las enfermedades. Los sukias están marcados por un estigma físico que les diferencia de los demás. Según una botánica de ASASTRAN (Doña Inés), tienen una especie de bolsas en el cuello.

Los sukia una vez llegados al mundo se niegan a comer durante los primeros días, rasgo considerado como definitorio de su condición. La crianza de los sukia se caracteriza por una niñez recluida y un temprano adiestramiento en los conocimientos tradicionales de la botánica y las prácticas esotéricas. Primero se empezaba siendo aprendiz de otro sukia, de quien aprendería la botánica y las tradiciones, además de aprender el *xakatáre*, el dialecto conocido por los sukias, utilizado para cantar y dirigirse a los espíritus.

El sukia es considerado como el enviado de *Donkin Kri Kokwinbidi* (Dios Cósmico), es un personaje sagrado. Los sukia tienen capacidad de resolver todos los problemas de carácter ordinario ó extraordinario que se presentan en la sociedad ngäbe. Hacen predicciones, interpretan los sueños y curan cierto tipo de enfermedades a través de la comunicación con las deidades y los espíritus.

Por lo tanto existen básicamente dos tipos de sanadores tradicionales: unos que tienen una especial conexión con el mundo sobrenatural (sukias) y otros que tienen un conocimiento sobre tratamientos naturales (botánicos y parteras) aunque no disponen de esa capacidad dirigirse a los espíritus, al menos no tan desarrollada.

La mayoría los enseñan. No es así como usted que alguien se levanta y dice que «yo tengo que poner esta hierba porque me mandó el Señor». Eso son pocas personas, pero sí hay. (C7, en entrevista a farmacéutico y a enfermero ngöbe, página 3)  
Según él cuenta [su padre], él aprendió a través de sueños. Es más por eso que ellos empiezan. (C7, en entrevista a farmacéutico y a enfermero ngöbe, página 4)

Lo que pasa es que aquí se tiene la costumbre. No fue su abuelo; sus padres no sabían nada de medicina tradicional; pero de repente hubo un tatarabuelo sukia, en la tercera generación; se hereda el don de curar. (C2, en entrevista a farmacéutico y a enfermero ngöbe, página 4)

La botánica tradicional es una práctica curativa centrada en el conocimiento de remedios curativos de la enfermedad que desde las entidades de médicos tradicionales pretende equipararse a la atención médica prestada en los centros de salud, mientras que el chamanismo es una práctica curativa que tiene una conexión especial con dimensiones espirituales y no humanas: “El sukia adivina; el botánico hace los medicamentos.” (C7, en entrevista a farmacéutico y a enfermero ngöbe, página 6).

Las diferencias entre la botánica tradicional y el chamanismo sukia, en ocasiones, no son tan evidentes y los límites no son claros. Existe una porosa frontera entre la botánica tradicional y el chamanismo. La presencia de lo espiritual en las prácticas curativas tradicionales es continua. Incluso existen médicos tradicionales que no ven clara la diferencia entre el sukia y el botánico. Hay botánicos que han aprendido de sus ancestros y que tienen sueños que les enseñan a curar y los hay que tienen aptitudes para conectarse con entidades sobrenaturales.

— ¿Usted es botánico o sukia? ¿Cuál sería la diferencia?

— Botánico. Botánico y sukia es lo mismo” (B5, página 1)

Yo hablo por mí. De la comunidad hay muchas personas botánicas, muchas personas que atienden no sé si es por medio de sueños, por visiones, no sé. Pero yo hablo de mí, por lo que yo pude pasar. Desde ese momento yo he aprendido algo. Entonces los grupos Ichi Druribo y ASASTRAN, ellos saben, mayores adultos. Yo aprendí así, aprendí por visiones y sueños. (B6, página 4)

—Pero ¿también aprendiste por medio de tu padre y tu madre?

— También. (B6, página 4)

Nosotros tenemos medicina tradicional, que es la parte de Dios. (B3, en entrevista de médicos tradicionales en Bisira, página 4)

La gente... El producto que estoy aplicando lo hago en secreto y la gente que paga dice que soy un sukia porque curo a una embrujada. El sukia sabía más curar los hechizos y hacer rituales: aplica esa planta y una ceremonia religiosa con una tiradera de agua: es ritualismo. Pero en la ribera de la comarca son pocos, es un don” (B3, entrevista de médicos tradicionales en Bisira, página 6).

Pero a pesar de que los criterios de diferenciación entre el botánico y el sukia desde una perspectiva externa son difícilmente demarcables, en la Comarca sí existe una clara diferenciación pública de los sukias y los botánicos. Los sukias tienen un rol en la comunidad, un liderazgo social y espiritual, de prestigio, que los botánicos carecen. Los botánicos, por su parte, tienen mayor visibilidad social para personas ajenas a la comunidad, algunos se relacionan de forma cotidiana con el personal sociosanitario de los centros de salud, aunque no encuentran su espacio en el sistema formal de salud y en la mayor parte de los casos se sienten discriminados. A diferencia de los botánicos, los sukias son más reservados, tienen menor visibilidad social en las localidades más pobladas y con más infraestructuras, son menos accesibles y viven, por lo general, en zonas más apartadas.

En el caso de la comarca Ngöbe Buglé se podría afirmar que está generalizado el pluralismo médico como práctica que complementa o utiliza de forma alternativa la medicina occidental y la medicina indígena, siempre teniendo en cuenta que tanto la una como la otra disponen de diferentes versiones, es decir son prácticas plurales.

Las prácticas que nos describen en las entrevistas se pueden clasificar en dos categorías:

*Categoría 1:* Los que utilizan la medicina tradicional y la medicina moderna de forma alternativa, secuencial o complementaria buscando la solución más eficaz. En el caso de que no les funcione una, utilizan la otra.

Durante el trabajo de campo se han descubierto varios casos (tanto personal sociosanitario biomédico nativo como pacientes nativos) que relatan cómo la biomedicina no les ha funcionado, por lo que han recurrido a la medicina tradicional, existiendo a su vez el caso contrario, el de aquellos a los que la medicina tradicional no les funcionaba y han decidido utilizar la biomedicina.

Existe la posición de aquellos que no creen en la medicina científica, punto de vista minoritario, y la de aquellos que no creen en la medicina tradicional, pero la mayoría de los entrevistados y consultados entienden que en la Comarca, la generalidad emplea ambas medicinas y creen en la capacidad curativa de las dos.

*Categoría 2:* Los que entienden que hay enfermedades para las que ni la medicina botánica tradicional ni la medicina moderna (la biomedicina) son eficaces, puesto que estas enfermedades tienen una especial dimensión espiritual y solo la pueden tratar los sukias o los brujos.

Como ejemplo representativo de la categoría 2 destacamos la situación expresada por C6. Ella, además de atender a pacientes como enfermera, promueve la medicina científica en la comunidad. Su posición es antagonista con aquellos grupos de Mama Tadtá que deslegitiman y desprecian la biomedicina (no todos lo hacen). En su experiencia personal había empleado la medicina botánica (en alguna ocasión) de forma exitosa, en situaciones en las que la medicina occidental no le había funcionado, para finalmente describirnos el caso de su abuela fallecida. Los médicos occidentales le diagnosticaban cáncer, pero según la entrevistada ella estaba maldecida, por lo que solo los sukias o los hechiceros la podrían haber curado. La decisión de hospitalizar a su abuela, de elegir una de las prácticas médicas (la biomedicina), fue un error que tuvo como trágica consecuencia el fallecimiento. En este sentido, hay experiencias antropológicas de otros contextos en la que población aborigen entiende que “al hospital van los que mueren”, como las descritas por el antropólogo americanista Gerardo Fernández Juárez en los Andes Bolivianos (Fernández Juárez, 2006).

Y yo le hablo de otro caso también, señor Jon. Por ejemplo, mi difunta abuela tiene un año de haber fallecido. A mí, a nosotros... La llevaron al hospital, porque ella empezó con problemas, que la habían diagnosticado cáncer; pero, cuando la llevamos, ella tenía problemas, teníamos que estar siempre llevándola al hospital por aquí y por allá, antes de darle medicina botánica todavía con eso llevaban las personas a verla y decían esta persona está maldecida. ¡Yo no lo

creía! Yo digo «no, hombre, el cáncer no puede..., eso no puede ser maldición y, [si] el médico está diagnosticando que es cáncer, pues es que es así.

Yo digo «si los medicamentos del hospital no le están funcionando, si hay personas que dicen que han sacado gente con ese tipo de enfermedades», yo empecé a buscar, empecé a buscar. Pero, desgraciadamente, no pudimos hacer nada, porque supuestamente mi abuela sí decía y todavía lo mantiene y yo pienso que sí es así, porque, para ser un cáncer, yo no pienso que en tres meses se la hubiera llevado al... mi abuela podría estar hoy en día contando todavía; pero, desgraciadamente, cuando se nos abrió el foco y empezamos a buscar que los botánicos y los brujos, ya era demasiado tarde y mi abuela falleció. (C6, Entrevista a personal sanitario del Centro de Salud de Bisira, página 3-4

Este tipo de casos responde a un conjunto de enfermedades que los estudios de medicina tradicional y la antropología médica han clasificado como folk, esto es populares, tradicionales, o como “síndromes de filiación cultural”, para explicar su estrecha vinculación con la visión del mundo y la cultura de un pueblo.

¿Por qué definir a las enfermedades que se padecen en los pueblos como síndromes de filiación cultural? La primera objeción sería –como sugiere Carlos Zolla- que en sí cualquier enfermedad es cultural y es interpretada en función de ciertos principios explicativos que a partir de la observación de los síntomas determinan sus causas y su tratamiento. Sin embargo, al recurrir a tal definición, los antropólogos y en general los estudiosos de la medicina tradicional simplemente ponen en evidencia que existe un conjunto de enfermedades que difiere en cuanto a sus principios (etiológicos, nosológicos, curativos, etc.) de las enfermedades que trata la medicina científica.

El describir como síndrome de filiación cultural a una enfermedad como ‘el mal de ojo’ o ‘el susto’ nos permite dejar claro que éstos también son producto de una construcción simbólica operada por un grupo humano, con una cultura propia, y que por tanto existen diferentes sistemas conceptuales sustentados en premisas, nociones y axiomas propios, que difieren sustancialmente de aquellos que rigen la medicina científica, pero que no por ello dejan de ser efectivos o certeros, o incluso válidos en su modo de operar. Entre los síndromes de filiación cultural más comunes encontramos el daño por brujería y el mal de ojo, como las dolencias o malestares más habituales en el contexto latinoamericano, junto con otras que son propias del sistema terapéutico ngöbe, que describiremos en sus características más específicas, como el *ha ko botika* o el *chakore* (Bletzer, 1988).

Los ngöbes padecen una serie de dolencias y enfermedades producidas por seres humanos y no humanos, por espíritus, por sueños, por cuestiones éticas, morales, por brujería (personas que pagan a los brujos para maldecir a enemigos o personas que se quiere dañar).

Pero además de entidades no humanas o sobrenaturales hay otros canales o medios que son potenciales focos de enfermedad, como los sueños. A su vez y por contra, los sueños también son un foco de curación y de aprendizaje.



Incluso hay síndromes que son específicamente ngöbes, como los estudiados por el antropólogo norteamericano Keith Bletzer, que solo afectan a los ngöbes y no afectan a los *sulias* (la población latina), enfermedades como el *chakore* o el *ha ko botika*, que Bletzer estudió en los años 80 en la península de Valiente en la Comarca Ngöbe Buglé.

El *chakore* afecta a las mujeres nativas entre los 15 y los 45 años, aunque es más probable que lo sufran adolescentes. Se trata de síntomas similares a la histeria y de hecho es denominada por el antropólogo norteamericano como *fleeing hysteria* (Bletzer, 2014). Según creencias locales, este síndrome está causado bien por una pareja masculina problemática o no adecuada, o bien por la falta de una pareja masculina.

El *ha ko botika* es un síndrome producido en los sueños que pueden sufrir tanto hombres como mujeres de cualquier edad. Los síntomas más comunes son la imposibilidad de comer y beber, los espasmos, la pérdida de consciencia, una respiración irregular y las habilidades psicomotrices muy afectadas.

Pero es preciso insistir en que las fronteras son porosas por lo que es problemático aplicar unos criterios clasificatorios claramente diferenciados a este tipo de nosologías médicas. En estos casos, las etiologías y las clasificaciones más comunes no funcionan.

En una conversación con un enfermero del Centro de Salud de Bisira. En primer lugar, relató su experiencia en el Centro de Salud de Río Chiriquí ayudando a un médico tradicional que trataba a una joven diagnosticada de episodio psicótico— que podría ser *chakore*. En segundo lugar, el enfermero nos describió cómo le resultó eficaz el uso de un bejuco para desparasitarse, los poderes curativos del cacao para los malos espíritus y el uso de las aguas de los pozos termales para la artritis y para el mal de ojo. En último lugar, destacó el uso de la semilla de calabaza para inducir partos rápidos y sin dolor, propiedades que fueron confirmadas por diferentes entrevistados. En definitiva, los límites y las fronteras entre los diferentes sistemas médicos y los discursos sobre la salud y la enfermedad en la Comarca Ngöbe Buglé no son claros, siendo quizás más conveniente aplicar una perspectiva de pluralismo médico.

El pluralismo médico implica la coexistencia de diferentes representaciones de la salud y la enfermedad y las distintas formas de entender y practicar las artes terapéuticas en un mismo espacio. En territorios indígenas latinoamericanos el pluralismo médico es una constante más que una excepción. Las personas tienden a utilizar las diferentes terapias a las que tienen acceso, de forma exclusiva, secuencial o complementaria. Cualquier perspectiva de estudio que contemple las medicinas en sí mismas, es decir como si sus historias, sus desarrollos y sus cualidades fueran independientes, ajenas a las interacciones con otras, necesariamente transitará por una perspectiva incompleta.

El pluralismo médico abarca un amplio y variado campo temático:

- ✓ Las relaciones formales e informales entre las instituciones biomédicas y las medicinas tradicionales.
- ✓ Las representaciones de la enfermedad, entendidas como conglomerados de elementos de diferentes procedencias.
- ✓ Los criterios que entran en juego cuando se trata de una determinada medicina.

Es importante destacar algunas características del marco teórico que abarca el pluralismo médico. En primera instancia, es necesario destacar que el pluralismo médico no debe confundirse con el pluralismo cultural, aunque pueda compartir algunos puntos con él. La biomedicina que se practica en cualquier lugar de Latinoamérica no puede considerarse una medicina extranjera o externa debido a la existencia de múltiples elementos locales. Del mismo modo, la medicina tradicional ha ido incorporando nuevos elementos de distinta procedencia y se ha transformado a lo largo de su historia. Es decir, no estamos hablando de productos culturales claramente diferenciados, con unos límites bien definidos, sino que hablamos de procesos en continuo cambio, interacción e intercambio.

En el pluralismo médico pueden distinguirse dos dimensiones:

1. La primera es la política. Las opiniones confeccionadas en términos ideológicos y/o pragmáticos sobre cómo deberían coexistir las medicinas, cuáles deberían ser las medicinas presentes en una comunidad o país, cuál debería ser su estatuto legal, cuáles deberían ser excluidas y prohibidas y cómo deberían interactuar entre sí. En salud internacional destaca la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en el Programa para la Medicina Tradicional.  
Las estrategias promovidas por la OMS son de tres tipos: (1) la integración, que podríamos llamar sincrética, que supone la formación de un nuevo sistema de salud, síntesis entre biomedicina y medicinas tradicionales, organizado desde criterios científicos (este es el sentido de 'integración' en el texto de 1978) (2) la colaboración o cooperación, con la que las medicinas coexistentes permanecen autónomas, pero se remiten pacientes mutuamente si consideran que la otra medicina puede tratarlos mejor; (3) la participación de sanadores tradicionales en el sistema público de salud como agentes comunitarios de salud.
2. La segunda dimensión es la etnográfica. Desde esta perspectiva se analiza cómo diferentes modelos de salud y enfermedad, prácticas médicas y medicinas coexisten de hecho en una determinada área geográfica. Esta dimensión incluye el estudio de 3 áreas (no exclusivamente): (1) los sistemas médicos plurales, (2) los modelos locales de salud y enfermedad, y (3) los procesos asistenciales. Estas tres áreas son interdependientes y a continuación las describiremos brevemente.

Primero, hay que aclarar el concepto de 'sistema' dentro de los sistemas médicos plurales. El sistema pone el foco en las interacciones entre medicinas y las posiciona en su contexto ecológico, social y político, pero en ningún caso estamos hablando de sistemas cerrados, autorregulados, estáticos, con unos límites claramente delineados, sino de sistemas abiertos y en constante redefinición.

Dunn (1976) definía el 'sistema médico' como el conjunto organizado de instituciones sociales y tradiciones culturales que se han ido construyendo a partir de conductas preventivas o terapéuticas dirigidas a lograr o mantener la salud. Este concepto incluía instituciones médicas o no médicas.

Según Field (1976), todos los sistemas médicos o medicinas que coexisten en una determinada sociedad conforman el sistema médico de esa sociedad.

El sistema médico de una sociedad incluye ideas prácticas, instituciones, especialistas de diferentes tradiciones médicas, líderes espirituales que sanan, comerciantes de medicamentos, etc. Este sistema médico vinculado a un territorio o una sociedad fue denominado por Leslie (1976) 'sistema médico plural', por Kleinman (1980) 'Health Care System', y por Press (1980) 'configuración médica multisistema' o 'configuración médica plural'.

Los elementos más importantes a la hora de analizar el sistema médico plural son los siguientes:

- a) Las medicinas que lo constituyen y su distribución geográfica.
- b) Las relaciones históricas entre medicinas.
- c) Qué medicinas se consideran útiles y eficaces para tratar qué enfermedades o aspectos de una enfermedad.
- d) La aceptabilidad y legitimidad social y oficial de las medicinas, incluyendo el estado legal de la medicina tradicional y el papel de las asociaciones de medicina tradicional.
- e) La estructura y la cultura institucional de las medicinas incluyendo las instituciones biomédicas, así como las características de las medicinas que constituyen el sistema médico plural.

El sistema médico plural incluye la oferta médica existente, pero existe una tendencia por parte de la biomedicina a despreciar la medicina tradicional, no teniendo en cuenta su eficacia ni su aceptación.

Sin embargo, para comprender la aceptación de una determinada medicina es fundamental conocer tanto sus características como su uso real, analizar las características de las medicinas

en un determinado contexto, los tratamientos, los costes, la accesibilidad, la confianza depositada en ese tratamiento y la eficacia percibida, como características más relevantes.

Un estereotipo muy generalizado es entender que las medicinas tradicionales comparten los valores sociales, las creencias y los modos de ver el mundo de sus pacientes, mientras que el personal biomédico es culturalmente distante y está centrado solo en tratar las diferentes patologías. Este análisis, muy común en el contexto panameño, adolece de un preocupante reduccionismo, simplificando y eliminando los factores más plurales y más dinámicos del contexto istmeño.

Es muy importante también conocer las percepciones de los beneficiarios sobre los servicios ofrecidos.

Para examinar las características de las medicinas, es fundamental analizar “las representaciones de la enfermedad” (Muela, 2006) con el objeto de entender el uso de los diferentes recursos por parte de la población.

Los pacientes pueden creer o no en los conceptos biomédicos, reinterpretarlos, articularlos con otros conceptos tradicionales a modo de ‘sincretismo’. Esta reinterpretación o articulación se da también en el personal sociosanitario, tanto en el tradicional como en el biomédico.

Así en los sistemas médicos plurales se dan complejas interacciones de conocimientos, entre conceptos espirituales, tradicionales, y comunitarios con conceptos científicos y biomédicos.

Las representaciones de la enfermedad nos permiten comprender para qué afecciones un paciente acude a una medicina u a otra o por qué mucha gente recurre a ambas.

Otro importante campo de estudio dentro del pluralismo médico lo componen “los procesos asistenciales” (Muela, 2006). Estos procesos atienden a las conductas ante la enfermedad, para prevenirla o tratarla en el ámbito doméstico o especializado, contemplando los factores que inciden en las conductas de salud, así como los procesos y contextos (ecológico, sociocultural y político) en los que están inmersas.

Analizar los procesos y los contextos en los procesos asistenciales permite explicar “los itinerarios terapéuticos múltiples” (Muela, 2006) y por qué los pacientes acuden a la medicina tradicional, después de haber sido diagnosticados y tratados por la biomedicina, en otros posibles itinerarios múltiples. Este planteamiento incluye la búsqueda desesperada de solución, el pragmatismo o la falta de medios en el centro de salud. Así no son solo las creencias, sino las carencias del sistema formal de salud o la falta de voluntad política para

lograr una mejora sustancial en el sistema público de salud lo que conduce a este tipo de itinerarios.

El análisis de los procesos asistenciales inciden en dos factores: la agencia, la capacidad de las personas para elegir sus acciones, y la dimensión estructural, teniendo en cuenta no solo la dimensión material, sino también la estructura ideológico-cultural y sociopolítica.

Finalmente, queda reincidir en que este marco teórico pretende ir más allá de las creencias descontextualizadas y pone el foco en lo relacional e incluye como objeto de estudio los recursos médicos presentes en la comunidad, las representaciones de la enfermedad y el uso que hace la población de esos recursos. Un acercamiento que permite sistematizar y ordenar una amplia gama de problemas y realidades posibilitando un diagnóstico amplio, complejo y ofreciendo alternativas en terreno.



Fotografía de “Doña Inés” (botánica de ASASTRAN) con sus plantas curativas. En Ñurum, Comarca Ngäbe Buglé, 2014.



Fotografía de Ruben Miller (médico tradicional) junto con Napoleón (médico tradicional), con el tallo de una planta curativa *tilankrie*. Bisira, comarca Ngäbe Buglé, 2013.

### **11.3.5. Las prácticas médicas tradicionales y la atención de Ichi Druribo**

Ichi Druribo es una entidad de médicos tradicionales que no dispone de personalidad jurídica. Colabora de manera informal con los centros de salud, adonde deriva a los enfermos que no sanan con los procedimientos tradicionales, y atiende de forma complementaria a pacientes que utilizan tanto la medicina del centro como la medicina tradicional o a pacientes que han elegido la medicina tradicional como su opción curativa.

—Casualmente tengo una paciente que la estamos atendiendo. Ella sufrió un problema de circulación de la sangre, quedó con un parálisis de pie hasta arriba, y la recomendación es darle una aspirina para que ella pueda, en el momento... Posteriormente pude preparar el producto de lo que yo hago, en este momento ya está tomando una reacción positiva y hasta el día de mañana está viéndola el especialista.

—De repente, ¿alguna vez sí aconsejáis medicina occidental? [Entrevistador]

—Así es. Casualmente el viernes estoy visitándola, conversé con ella personalmente y me dijo que ha ido mejorando, atendida por el especialista a partir del jueves de mañana.

—Los especialistas ¿te refieres a los botánicos, o te refieres a los médicos del centro? [Entrevistador]

—A los médicos. (B2, en entrevista por Skype, página 1)

Los botánicos de Ichi Druribo sanan por medio de procedimientos naturales ancestrales, pero en ocasiones aconsejan medicina occidental.

Ichi Druribo considera básico para la pervivencia de la medicina tradicional el compartir experiencias, que es, según ellos, la única manera de fortalecer las buenas prácticas y la efectividad de la medicina tradicional, controlando y reduciendo las malas prácticas como las intoxicaciones o la utilización de plantas curativas no adecuadas. Según el presidente de Ichi Druribo, la mayoría de los botánicos asociados a la entidad pertenecen al credo Mama Tadtá, pero siguiendo este credo desde una visión más abierta y más pluricultural.

Sí, es lo que siempre he planteado, o sea, este riesgo el conocimiento, ¿por qué? Porque lo conservan, lo guardan, en un culto, en un secreto. Y de hecho no debería ser un secreto y, como no debe haber un secreto, debemos enseñar a nuestras familias, al más pequeño, y que las personas conozcan la medicina tradicional (B2 en entrevista a médicos tradicionales en Bisira, página 5)

A esta entidad pertenecen botánicos y parteras tradicionales, pero en la actualidad no hay sukias integrados en la asociación.

Según Napoleón, botánico de Ichi Druribo, la asociación es la agrupación de médicos tradicionales genuina de la comarca, que inició en el 2002, cuando el Maestro Vicente Taylor y él levantaron un proyecto para una ONG denominada "Pies descalzos de Francia".

Siguiendo al médico tradicional B2, Ichi Druribo se originó con el fin de atender tres dimensiones:

- ✓ *“Lo humano, que incluía médicos tradicionales, parteras y sukias de las todas las comunidades de la comarca”.*
- ✓ *“Lo educativo, encargado de recoger los saberes de este grupo humano (los médicos tradicionales) para intercambiarlo, validarlo entre ellos, compartirlo y enseñarlo a otros ngöbes y no ngöbes”.*
- ✓ *“Lo ambiental, para identificar todas las plantas que utilizaban para curar, sembrarlas y preservarlas para futuras generaciones y darlas a conocer a cualquiera que estuviera interesado. Pues consideraban que, como la medicina convencional se enseñaba, ellos podrían enseñar la suya”.*

Por sus actividades ambientalistas han conseguido financiación para el proyecto Manual sobre Medicina Tradicional, Comunidad de Notente, en la Comarca Ngäbe-Buglé 2013), sufragado por el Proyecto Consolidación del Corredor Biológico Mesoamericano del Atlántico Panameño (CBMAP II), con el objetivo de elaborar un manual de medicina tradicional fruto de los conocimientos en botánica ancestral de los *kroko dianko* (botánicos) de Ichi Druribo de dicha comunidad.

En la actualidad Ichi Druribo solo desarrolla su actividad en una de las regiones de la comarca Ngäbe Buglé, en Ño Kribo, y está en proceso de adquirir personalidad jurídica. Ichi Druribo cuenta con 50 médicos tradicionales (botánicos y parteras).



## ENFERMEDADES MÁS COMUNES ATENDIDAS POR ICHI DRURIBO:

**Tabla 22:** Principales enfermedades atendidas por Ichi Druribo.

Resfriado: *Murarey*.  
Diarrea: *Krierelle*.  
Dolor de Cabeza: *Duko-Tare*.  
Vómitos: *Yahere*.  
Fiebre: *Draguka*.  
Conjuntivitis: *Hokuabre*.  
Asma: *Tukare*.  
Varicela: *Blakruge*.  
Sarampión: *Drakuabete*.  
Obstrucción intestinal: *Nekede-Naregrote*.  
Hemorroides: *Ñotere -Dorirella*.  
Próstata: *Nekede Coere*.  
Diabetes: *Doritsuquare*.  
Tuberculosis: *Muranetare*.  
Cansancio Físico: *Ninae-grabare*.  
Obesidad: *Bre-cutere*.  
Infecciones internas: *Nitriyneteriy*, externas: *Nitriyneteriy Grabe*.  
Acidez estomacal: *Drotigetare– grieya*.  
Cálculos renales: *Nigooretery*.  
Cáncer: *Salanetery- Hoyide*.  
Faringitis: *Rorotare*.  
Úlceras de la piel: *Nitroyne-Grubore*.

**Fuente:** Napoleón, dirigente de Ichi Druribo y médico tradicional, 2015.

Además de enfermedades Ichi Druribo asiste nacimientos por medio de sus parteras asociadas.



Fotografía de Napoleón (médico tradicional) junto con otros botánicos de Ichi Druribo en el espacio colectivo cedido por la comunidad para el cultivo de plantas curativas tradicionales. Bisira, comarca Ngäbe Buglé, 2014.

### **11.3.6. Las prácticas médicas tradicionales y la atención médica de ASASTRAN**

Según el Señor Santos, botánico de ASASTRAN en Bisira, esta entidad no es genuina de la comarca, porque se inicia en comunidades anexas de la comarca, en comunidades indígenas fuera de territorio comarcal, en Changuinola.

El Sr. Santos relata que la Asociación de Agentes de Salud Tradicionales y Naturales Ngöbe, ASASTRAN, nace en 2003, cuando el Congreso General Ngöbe le solicita al gobierno nacional el reconocimiento de la medicina tradicional ngöbe en la comarca siguiendo lo indicado en la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé. En este proyecto se incluyen botánicos, parteras y sukias. ASASTRAN dispone de personalidad jurídica.

Los objetivos de ASASTRAN son:

- ✓ Descubrir la propiedad curativa de las plantas naturales.
- ✓ Crear un programa de capacitación para las tres regiones comarcales. Capacitación de todos los médicos y personas interesadas en prestar servicios de salud tradicional y natural.
- ✓ Fomentar el aprovechamiento de las plantas medicinales, las plantas obstetricias y otras como recurso curativo.
- ✓ Recomendar la medicina milenaria, recurso que los agentes de salud deben conocer. Este recurso está presente en la comunidad, a menor costo y debe dirigirse al beneficio de la población ngöbe, buglé y campesina.

En la Comarca ASASTRAN dispone de tres centros de capacitación ubicados en Cerro Sombrero, Pueblo Nuevo y Kuerima y aproximadamente disponen de ocho áreas de cultivo, algunas se encuentran en Kuerima, Lajero, Sitio Prado, Valle Rico, Pueblo Nuevo, Muná, y Bisira. La sede principal se encuentra en Kuerima, región que pertenece a Hato Pilón, distrito de Mironó, Región Nedrini. En la misma se cultiva, procesa y empaqueta gran cantidad de plantas medicinales, tales como sábila, tilo, tulita, llantén, albahaca, sa úco, árnica, toronjil, jengibre, ajeno, mastranto, y paico. Para ello se cuenta con semilleros y viveros tropicalizados, secadores solares, buenos sistemas de riego y depósitos de agua, también desarrollan su propio abono orgánico.

ASASTRAN fue financiada en sus orígenes por una ONG española, ADECO, y hasta el presente año no contaba con fondos para desarrollar su actividad por incumplimientos de convenios, ya

que “el Gobierno de Panamá no le ha dado seguimiento a los acuerdos”. La ONG ADECO financió el proyecto de desarrollo de la medicina tradicional de 2005 a 2008<sup>50</sup>.



Este fue otro proyecto (que no nombro en el texto) financiado por organismos y entidades españolas y panameñas, que finalmente fue abandonado y de cuyo espacio en la actualidad la comunidad se ha reapropiado para crear el “hospital tradicional”. Este hospital está regido por un médico tradicional, Armando Sire, que en sus tratamientos utiliza herramientas terapéuticas ngöbes, quechuas y mayas. En Nole Diuma, Comarca Ngöbe Buglé, 2015.

El Ministerio de Salud y la asociación de botánicos ASASTRAN firmaron un convenio que se implementó en 2011, dotado con un presupuesto y una serie de acciones estratégicas dentro de un plan operativo. Este plan posibilitó el trabajo conjunto de médicos occidentales y médicos tradicionales en cinco centros de salud de los 10 centros que dispone la Comarca Ngäbe Buglé.

Este convenio se incumplió durante los años 2012, 2013, 2014, y 2015, pero en el 17 de marzo de 2016 el Ministerio de Salud ha firmado un convenio de cooperación<sup>51</sup> con ASASTRAN con el propósito (según el comunicado oficial del MINSA) de que se desarrollen procesos de articulación, complementación y reciprocidad entre “la medicina natural y la medicina tradicional”. Este nuevo convenio mejora las perspectivas de ASASTRAN, pero no hace una mención explícita a la reciprocidad y a la complementación entre la medicina científica y la medicina tradicional, lo que deja un pobre saldo en términos de interculturalidad.

---

<sup>50</sup> <http://laestrella.com.pa/panama/politica/medicina-natural-vilo/23730380>. Consultado el 15/06/2016

<sup>51</sup> <http://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-firma-convenio-de-cooperacion-con-asociacion-de-agentes-de-salud-tradicional-natural>. Consultado el 15/06/2016.

ASASTRAN también colabora con el IDIAP (Instituto de Investigación Agropecuaria) en la recolecta, identificación y descripción de las plantas curativas, dentro del marco de un convenio del IDIAP<sup>52</sup>, que permite la colaboración técnica, investigación y capacitación con la Asociación de Agentes de Salud Tradicional y Natural Ngöbe.

En la actualidad ASASTRAN cuenta con 200 colaboradores que incluyen botánicos, parteras, 3 sukias (uno por cada región de la comarca) y personal administrativo.



Fotografía de una oficina de ASASTRAN en un Centro de Salud, en la que atendía Doña Inés (médico tradicional) en el marco de atención con el MINSA. En Ñurum, comarca Ngäbe Buglé, 2014.

---

<sup>52</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=mfBEXLUtRB0>. Consultado el 15/06/2016.



En el proyecto de colaboración MINSA y ASASTRAN que se implementó en 2011 se integraron instituciones como el UNFPA (Fondo de Población del Sistema de Naciones Unidas), el MIDAS (Ministerio de Desarrollo Social), el IDIAP (Instituto de Investigación Agropecuaria de Panamá).

Además de la atención conjunta en los centros de salud, en el convenio de 2011 se pusieron en marcha cultivos, se desarrollaron los compuestos curativos, se empaquetaron las plantas curativas con su dosificación correspondiente. El proyecto estaba preparado para tener una continuidad de años, las máquinas “empacadoras” estaban preparadas y se contaba con máquinas para secar y calcular las dosis precisas. Pero se paralizaron los fondos y el convenio se suspendió.

Comenzamos a hacer cultivos, comenzamos a procesar, a empacar estas plantas y con dosificación. El proyecto está listo, las máquinas empacadoras están listas, las máquinas para secar y calcular están listas; lo que nos falta es la buena voluntad. (C9, página 3).

En conjunto con esta experiencia, ASASTRAN lleva años desarrollando protocolos de formación, acreditación, investigación y desarrollo de la medicina tradicional, ofreciendo a los médicos tradicionales asociados un programa formativo que dura 3 años y posteriormente un máximo de 5 años para trabajar conjuntamente con sus sanadores más expertos. Este tipo de prácticas tienen como objetivo formalizar la medicina tradicional, diferenciándola de otras formas ancestrales de curación informal o de la hechicería, buscando una acreditación acorde con estándares nacionales e internacionales.

La finalidad del proyecto propuesto por ASASTRAN sería integrar la medicina tradicional en el sistema formal de salud posibilitando optimizar sus resultados, eliminar sus deficiencias, desarrollar su potencial y garantizar su conservación; abandonar ese aura de misterio que está presente en la medicina tradicional, facilitando su divulgación y su conocimiento para así alejarlo de prácticas prohibidas por la ley como la brujería y la hechicería.

Antes la enseñanza era bastante restringida por los funcionarios, había otras tradiciones, había prácticas no saludables, además la ley 10, que pertenece a la comarca Ngöbe Buglé frente a la magia negra, por ley. Ahora ya es conocimiento práctico. (B4, página 2)

La botánica tradicional ha sido históricamente una práctica comunitaria que ha ido dirigida al entorno más cercano, cuya finalidad era atender a los parientes y a su círculo social inmediato, aunque en la actualidad con las entidades de médicos tradicionales y las diferentes iniciativas que se están poniendo en marcha están cambiando la orientación, la forma y el fondo de estas prácticas.

Según una parte del personal biomédico nativo, las prácticas no disponen de una adecuada formalización.

La diferencia es que la botánica no tiene el proceso, el cómo hacer para dosificar y dar a los pacientes. Sin embargo, la química no, la química lleva un proceso: ellos calculan, estudian a medida que se van formando un antibiótico y una pastilla. Es la diferencia grande; y este te voy a decir que es un reto muy grande para nosotros como funcionarios, porque ellos tienen su forma de pensar. (C8, en entrevista al personal del Centro de Salud de Bisira, página 5).

Ancestralmente los conocimientos curativos se debían ocultar, mantener en secreto. Los conocimientos tradicionales debían estar libres de influencias o de elementos externos a la comunidad, ya que por medio de la divulgación de estos saberes se podrían perder. Las plantas, y otra serie de recursos curativos, al estar vinculados a lo espiritual, debían permanecer ocultos y secretos. Este tipo de concepciones y prácticas siguen presentes en la comarca.

Yo lo aprendo solo y tanto mi padre me ha dicho que eso es muy prohibido y misterioso, eso no se puede contar, porque anteriormente nuestros ancestros daban medicina, la plantita ya cocinaban, etc., la ponían en un lugar por el que nadie pasaba, donde... porque había muchos cuidadores; tratar de esa manera, tampoco divulgar. De esa misma manera yo he tratado la medicina. (B6, página 3)

Nosotros por naturaleza siempre tendemos... Se practica de familia en familia, pero los especialistas, los médicos especialistas, ya son especialistas, se dedican a investigar qué medicina sirve, qué medicina no sirve, se dedican a seleccionar las buenas medicinas... Esos médicos al empezar a curar, cuál es el mejor o cuál es el peor, reciben cursos de otras entidades y se va haciendo como una mezcla de conocimiento y de investigación. Con el tiempo las personas adquieren un conocimiento máximo de diferentes tipos de medicinas, tanto las plantas ornamentales como otras plantas naturales. (B4, página 1).

La profesionalización de la medicina tradicional en ASASTRAN, la división de funciones, la investigación, la formación, la información (divulgación por charlas) y la acreditación suponen una alternativa a las tradicionales prácticas curativas comunitarias que se desenvolvían (y se desenvuelven) en círculos privados y entornos reservados.

La finalidad de ASASTRAN es conseguir que la medicina tradicional deseche su carácter oculto, secreto y opaco para convertirse en un servicio público que redunde en la mejora de las condiciones de vida de los moradores y facilite la conservación de estos conocimientos por medio de registros, libros, estudios, investigación, en definitiva, una formalización que garantice una transmisión lo más fiel y eficaz posible.

[...] esto [es] un sistema de trabajo, de servicio público. Entonces no estamos cobrando por el servicio. El Ministerio de Salud por ley tiene que aprobarnos el presupuesto para nosotros trabajar. Por ley el estado tiene que aprobarnos un presupuesto para nosotros poder dar el servicio. Nosotros estamos dando el servicio, pero no es lo que queremos: queremos el presupuesto. (B4, página 3)

Diferenciando estas prácticas curativas de ASASTRAN de prácticas informales por medio de rituales espirituales o de la hechicería.

Y algunos anteriormente nacían con este conocimiento... Hoy en día se aprenden en cursos. Antes la enseñanza era bastante restringida por los funcionarios; había otras tradiciones, había prácticas no saludables... Además la ley 10 que pertenece a la comarca Ngöbe Buglé frente a la magia negra... por ley... Ahora ya es conocimiento práctico... (B4, página 1)

**Tabla 23:** Enfermedades atendidas por ASASTRAN por distrito.

**DISTRITO DE BESI KO**

ENFERMEDAD	CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS 2012
FIEBRE	37
DOLOR DE ESTÓMAGO	14
DIARREA	4
AGITACIÓN	4
MAL DE ORINA	3
DOLOR DE CABEZA	2
BRONQUITIS	3
ASMA	2
PROBLEMA DURANTE EN EMBARAZO	20

**DISTRITO DE MIRONO**

ENFERMEDAD	CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS 2012
DIARREA	41
PROBLEMA DURANTE EL EMBARAZO	29
VÓMITOS	22
DOLORES REUMÁTICOS	58
INFECCIÓN DE PIEL	24
FIEBRE	16
PROBLEMA DE LOS RIÑONES	10
AGITACIÓN	8
ALERGIA	5
HEMORRAGIA	4

**DISTRITO NOLE DUIMA**

ENFERMEDAD	CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS 2012
FIEBRE	69
DIARREA	49
DOLOR DE CABEZA	20
VÓMITOS	21
AGITACIÓN	28
GASTRITIS	8
MAL DE ORINA	7
DOLOR ESTOMACAL	5
HEMORRAGIA	8
GRIPE	4
PROBLEMA DE EMBARAZO	6
DERRAME	2

**DISTRITO KUSAPIN**

ENFERMEDAD	CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS 2012
DIARREA	35
FIEBRE	35
VÓMITOS	11
MAL DE ORINA	28
HEMORRAGIA	6
INFECCIÓN DE PIEL	5
ANEMIA	1
PAPERA	1
EPILEPSIA	2



**Tabla 24:** Número de pacientes atendidos por parteras de ASASTRAN.  
**EN LA REGIÓN DE NEDRINI Y ÑO KRIBO (2012)**

	0-5 AÑOS	PACIENTES ADULTOS	EMBARAZO EN CONTROL	PARTOS	PUERPERIO DE CONTROL	CHARLAS	VISITAS	REF. HOSPITAL	MORTALIDAD
NEDRINI	420	680	1695	382	365	1340	1295	25	0
ÑO KRIBO	285	225	1030	295	140	200	160	10	0

**Tabla 25:** Número de pacientes atendidos por los médicos tradicionales de ASASTRAN.  
**EN LA REGIÓN DE NEDRINI Y ÑO KRIBO (2012)**

	0-5 AÑOS	PACIENTES ADULTOS	EMBARAZO EN CONTROL	PARTOS	CHARLAS	VISITAS	VISITAS	INCIDENCIAS	MORTALIDAD
NEDRINI	1235	2257	142	30	870	1156	5	25	0
ÑO KRIBO	115	2598	10	0	620	1225	0	10	0

**Tabla 26:** Control del embarazo de adolescentes atendido por las parteras de ASASTRAN.  
**EN LA REGIÓN NEDRINI (2012)**

DISTRITOS	CANTIDAD	EDAD	INDICENCIA
BESIKO	10	15 a 17 años	Todas estas pacientes son referidas al hospital
MIRONO	30	15 a 17 años	
NOLE DUIMA	34	15 a 17 años	

**Fuente:** Silvia Salina, presidenta de ASASTRAN, 2013.

### **11.3.7. El chamanismo en la comarca, los sukias y la hechicería**

La hechicería y la brujería están prohibidas en la comarca por la Carta Orgánica Administrativa, pero son prácticas que siguen presentes en la comunidad. La hechicería serviría para maldecir y para curar maldiciones, mientras que el sukia solo tiene capacidad para curar maldiciones.

La hechicería es entendida por muchos como vinculada al demonio y al mal, a diferencia de los sukias que están vinculados al bien y a lo divino.

Claro que el demonio también tiene poder para curar, para sanar, pero, de dios, no. Los botánicos son de dios, pero otros cogen las cosas de dios para maldecir, para ganar fama. Hay otros que se dedican para cosas de dios, para sanar, hacer medicamentos, pero no cobran nada: esos son considerados de dios. (C8, página 6)

Hay uno en Costa Rica que se llama Talamanca. Es que lo que pasa, Jon, es que todos los videntes de dios son regalados por el Señor. Hay cosas buenas y cosas malas, muchos de ellos, aparcen lo que dios les da y se dedican a otras cosas más como la brujería para poder tener fama, para adquirir de la parte económica. Ellos hacen eso, ellos hacen cosas malas: brujería, hechicería, maldición en tierra; pero son videntes, hay videntes que se dedican a dar su obra al Señor y curan a la gente, y hay videntes que agarran esas cosas para hacer cosas malas. (C8, entrevista farmacéutico y enfermero ngöbe Skype, página 5)

Pero estas identificaciones con el bien y el mal no son siempre evidentes entre todos los integrantes de la comunidad. Según Ichi Druribo, 'el hechicero de Talamanca', brujo muy popular en Bisira y Kankintú, es un sanador interesado en colaborar con otros médicos tradicionales, y está dispuesto a ayudar y asesorar en caso de que las comunidades sufran maldiciones, posesiones u otro tipo de incidencias sobrenaturales. En este caso, lejos del ocultismo de la hechicería, 'Don Vicente' es un sanador accesible y dispuesto a colaborar con otros sanadores.

Es un blanco de 85 años, pero usted lo ve como si tuviera 50, fuerte, alegre, animoso. Nosotros nos comunicamos con él en cualquier incidencia, algunos asesoramientos; él está de acuerdo con el intercambio de experiencias. Él vive en el poblado de Talamanca, en Costa Rica. (B2, entrevista por Skype, página 7)

Las prácticas médicas tradicionales cambian, se mezclan y tienen diferentes expresiones, el sistema médico tradicional ngöbe está abierto y en continua redefinición.

### **11.3.8. Un proyecto de interculturalidad como conocimiento situado: La Universidad Ngäbe Buklé**

La Universidad Ngäbe Buklé presenta en los siguientes términos su visión: “Somos una universidad indígena intercultural con autonomía que oferta carreras contextualizadas a la población y a los avances contemporáneos”; y en estos otros su misión: “Cultivar la ciencia, la tecnología y la cultura a través de la educación superior con respeto a la diversidad y al buen vivir” (Fuente: Msc. Demetrio Santamaria Montezuma, Rector Ad Honorem. Universidad Ngäbe Buklé. Proyecto de Universidad Indígena Intercultural Autónoma en Panamá. 2014)

Como objetivos generales del proyecto destacan:

- ❖ “Formar al capital humano local con competencia intercultural nacional e internacional para disminuir el índice de rezago que refleja la comarca en su estado socio-económico, demográfico y psico-emocional”.
- ❖ “Fortalecer el empoderamiento de la universidad indígena en el gerenciamiento de la educación superior en el territorio indígena autónomo para el mejoramiento de la calidad de vida poblacional valorando la cultura materna y los avances mundiales”.

(Fuente: Ibídem)

La Universidad Ngäbe Buklé tiene como objetivo facilitar la integración de la medicina tradicional en el sistema formal.

... integrar ese personal de ASASTRAN, esos sabios, porque la universidad tiene que echar mano de los sabios que existen, que no han ido a ninguna universidad, pero que manejan el conocimiento, integrarlo en la misma universidad. Vamos rompiendo los esquemas, pero tenemos que hacerlo, hasta cuando esto se sistematice y esto salga, estos conocimientos se puedan trabajar de otra forma. (A6, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé. Página 7)

La Universidad tiene como proyecto a medio plazo el diseño de un programa formativo en medicina intercultural.

En la actualidad la Universidad oferta las siguientes titulaciones (licenciaturas y maestrías-posgrados): Técnico en Desarrollo Sostenible y Ambiente, Licenciatura en Educación Bilingüe Intercultural (diseñada y en proceso de aprobación), el Técnico en Administración y Economía Comunitaria, y el Técnico en Gestión de Proyectos Comunitarios.

Titulaciones pendientes de aprobar:

- Ciencias Sociales con mención en Desarrollo Local.
- Cultura Física.

- **Medicina Intercultural.**
- Maestría en Educación Intercultural.
- Sociología con mención en Autonomía.
- Ingeniería en Turismo Comunitario y Cultural.
- Derechos, Gobernabilidad, Políticas Públicas y Cooperación Internacional.
- Arquitectura con mención en Arquitectura Ancestral e Ingeniería en Agroecología.
- Derecho Indígena.
- Psicología indígena.
- Licenciatura en Lengua y Cultura, etnolingüismo, entre otras.

Esta Universidad tiene convenios con:

- Senacyt– FUNDACIÓN CULTURAL –UNGB.
- Fundación Mona.
- Microsoft.
- Universidad Rural de Colombia – FUNDAEC.
- MEDUCA Ministerio de Educación de Panamá.

La Universidad Ngäbe Buklé está en los primeros pasos para establecer una Carta de Cooperación Mutua y convertirse en Centro Asociado de la Red de Universidades Interculturales Indígenas y Comunitarias de la Abya Yala, programa del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y del Caribe.

En la entrevista al personal de la Universidad se destacó que los indígenas panameños, y en particular los ngöbes, han ocupado un papel subordinado en la sociedad panameña, sus conocimientos, sus saberes, sus formas de vida fueron proscritas, se ocultaron o fueron recibidos negativamente.

Era prohibido hablar en el idioma de nosotros, había que hablar en español, cosa que no sabía hablar, ni ninguno de los que estaba. Y era terminante prohibido que las niñas fueran con su vestido, era terminante hablar en nuestro idioma; había que hablar el español, las muchachas tenían que ir con traje. Ese modelo de educación se aplicó. Todos mis compañeros en su tiempo de estudios siguieron ese mensaje, que lo nuestro era feo, que lo nuestro era malo. Por un lado en la escuela eso, por otro lado en la iglesia tomar medicina era malo, era maligno. Esa fue una visión de la iglesia y en la escuela hablar ngöbe era malo. Ese mensaje recibieron nuestros padres y todos los que estamos aquí, lo recibimos nosotros. De esa generación a la actual, ir despreciando lo suyo, limitar el acceso a la información propia tomando, aculturizando, con lo que estaban diciendo, esa imposición. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 1)

La sociedad ngöbe sufrió un proceso de aculturación en el que se ocultó una parte relevante de la historia, de la idiosincrasia y de la cultura ngöbe

[...] pero nunca nos dijeron que nuestro verdadero líder era Urracá, Hirondai... estos son nuestros líderes!, no se conoce... desde el concepto curricular. El diseño curricular... que la gente conozca lo suyo sin olvidar que hay otros patrones que están en lo necesitado... esa es la base de lo que nosotros planteamos [...] (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 13)

El objetivo de la Universidad es poner en valor el conocimiento, los saberes tradicionales y la idiosincrasia ngöbe, conjuntamente con el conocimiento que se esté produciendo en otros lugares, teniendo en última instancia como finalidad el desarrollo de la sociedad ngöbe.

La Universidad Ngöbe Buglé la entendemos como una institución patrimonio cultural, de la cultura ngöbe, de la comarca, sujeta a las leyes nacionales, con características propias de lo que es nuestra cultura, sin salimos del esquema del desarrollo como tal. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 3)

Para conseguir dichos objetivos se debe construir desde la autonomía contando con personal autóctono, contando también con la colaboración y la ayuda de otros, pero privilegiando la perspectiva de lo nativo. Esta sería una de las claves del proyecto de la Universidad Ngäbe Buklé.

[...] esto se desarrolla en el seno de una cultura donde los protagonistas son profesores ngöbes, los componentes académicos todos son ngöbes, incluso la parte administrativa, generando que nosotros podemos tener autonomía por nuestra institución. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 1)

“[...] podamos difundir eso y enseñarle a nuestros estudiantes, a nuestros jóvenes, conozcan primero lo de su cultura, conozcan su cultura, y no estamos cerrados a lo de afuera, sino primeramente conozcan su cultura, su idioma, sus tradiciones, su modo de vida, de productividad, luego nos insertamos a conocer lo que hay afuera. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 1)

Estos conocimientos y estos saberes han sido fundamentalmente transmitidos oralmente, de manera que no existe una literatura ni hay textos o escritos suficientes. El contingente documental sobre los ngöbes es muy exiguo: “En ese sentido, como ha dicho, no existe literatura, no existe escritos, no solo de la medicina, sino en términos generales y, si hay, son escasos”. (A5, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 3)

Uno de los grandes retos es una sistematización y una formalización que posibilite explotar las potencialidades de la cultura ngöbe y transmitirla a las nuevas generaciones y a otras sociedades. En definitiva conservarlo y rescatarlo, fortaleciendo las prácticas que sean útiles y posibilitando su divulgación.

Para nosotros todo eso, todo eso es sistematizarlo, todo eso es ordenarlo, otras prácticas que difieren, todo eso es un trabajo que se puede hacer, es posible. (A7, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 4)

Entonces, tanto para la Medicina tradicional como en otro espacio, [el] de la Justicia tradicional, también está, encontramos que también tienen agarraderas. Hay algunas prácticas que se han debilitado, sin embargo, en este tema, en la Medicina tradicional, en la Educación y en la Justicia. Dentro de la comarca hay interés de ordenarlos que se aplique y se rescate, se siga

educando sobre estos temas. No es algo completado, entonces [en] esta universidad uno de los eslóganes es el rescate. (A7, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 4)

Otra dificultad de este proyecto de formalización y sistematización de la cultura y la tradición ngöbe es la gran diversidad que existe en la comarca, como conocimientos y saberes comunitarios y locales. ¿Es posible sistematizar toda esta diversidad?

Yo me encuentro zonas donde el sukia, como Bocas del Toro, Kusapin, etc., donde no tenían tanto peso como en otras zonas, hay demasiada fragmentación. ¿Cómo se sistematiza eso? ¿Cómo uniformar? Si vamos a generar una medicina intercultural, tendremos que tener una serie de denominadores comunes. No sé si esto es posible, esta es una pregunta abierta. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 5)

También supone una gran dificultad que la gran mayoría de la documentación existente sobre los ngöbes provenga de un enfoque externo sin tener en cuenta el enfoque autóctono.

Dos elementos muy presentes en los discursos sobre el conflicto entre modernidad y tradición en la comarca son las dualidades ‘dentro/fuera’, ‘nosotros/ellos’. Según la Universidad Ngäbe Buklé, para resolver este conflicto de intereses y de posiciones, hay que poner en valor el enfoque nativo, armonizándolo, complementándolo con “el enfoque de afuera”.

Los conocimientos que se difunden son lo que vienen de afuera, no los que nosotros percibimos y sabemos de nosotros. (A5, en entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 1) Y, si hay, es proyectado desde el enfoque de personas que nos vienen a estudiar y nos vienen a ver. En la universidad tenemos varios componentes, al menos tratamos de desarrollar. Tenemos el componente Educación, que tiene que ver con el desarrollo de todos los programas curriculares; también tenemos profesionales en el campo de la Medicina, donde les estamos diciendo «¡Proyéctense a desarrollar un programa, aunando los conocimientos que tienen de Medicina de afuera con los conocimientos tradicionales!»». Ese del trabajo de un equipo a nivel de médicos; igual en el campo de la productividad con los ingenieros que tiene que ver con la parte agropecuaria. (A5, Página 3)

Esta idea de ‘enfoque’ como planteamiento culturalmente situado se asemeja a la idea de “conocimiento situado” (Haraway, 1995) que consiste en explicitar el posicionamiento político de un determinado punto de vista, de forma ética y unívoca. El conocimiento situado es una forma de objetividad radical, que asume su parcialidad, su incompletitud, y busca legitimar de este modo la posición de quien lo produce Esta postura trata de romper con la desigualdad que generan determinadas posiciones de poder que definen qué sujetos pueden producir conocimiento y cuáles no.

Posterior al conocimiento situado es el concepto de “objetividad posicionada” (Hale, 2008; Speed, 2008) procedente de una etnología activista. Se define como aquella que se construye vinculada a un grupo organizado en conflicto con posiciones positivistas y que construye relaciones de colaboración para la producción de conocimiento. Según los autores que defienden esta posición, la objetividad posicionada proporciona una perspectiva privilegiada desde donde se construye el conocimiento, desde la especificidad del contexto de producción, y contiene cierta innovación teórica que es imposible lograr si se construye desde la posición de un observador externo y distante.

Una característica del enfoque de la Universidad Ngäbe Buklé es que es la población autóctona es la protagonista de la producción de conocimiento, el personal de la universidad es autóctono y ngöbe.

El proyecto de la Universidad Ngäbe Buklé se considera como una oportunidad de situar la cultura ngöbe en la producción internacional de conocimiento y de saberes, con el fin de reducir la desigualdad y la exclusión y de resituar la comarca en una posición de visibilidad respecto de los centros de poder que están desconectados de la realidad comarcal.

Nosotros planteamos que a nivel local la cultura es una oportunidad, no solo para nosotros, sino para todos los distritos que hay en la periferia de la Comarca... con los proyectos que se hacen. Sucede con la Educación: van a querer venir acá; cuando vean una universidad indígena, van a pedir venir acá; los centros están lejos; que han sido excluidos y tratados con desigualdad. Es una oportunidad. (A6 en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, página 17)

Para esta objetividad situada es de capital importancia tener en cuenta lo que la sociedad ngöbe desea, previniendo e impidiendo que otros tutelen o dirijan el sentido de las propuestas.

La universidad no entra en ese proceso; la universidad trata de ser objetiva, no entra en ese proceso «yo quiero lo originario». Pero si la población lo está pidiendo, yo tengo que respetar lo que el pueblo diga. (A6, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, página 7)

Se parte del hecho de que existe una particularidad relevante que no ha sido considerada, se entiende este enfoque como una perspectiva que puede aportar, que tiene algo que decir y que puede ser útil.

El futuro... no solamente de la medicina tradicional, el futuro de esto. Me refiero al valor de la cultura, cultura como un patrimonio primero nacional, luego va a ser un patrimonio mundial, va a aportar. (A5, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, Página 16)

Se insiste en las oportunidades de desarrollo que brinda este proyecto de investigación y conocimiento culturalmente adaptado y situado, intercultural, en suma.

Hay un montón de oportunidades que encabezándolas nos sirve primero a nosotros. Estamos buscando un desarrollo local con identidad y luego qué podemos aportar como patrimonio al mundo. [...] Hay una diferencia: hay futuro a nivel local y hay futuro a nivel internacional. Lo que tenemos [es] que acercar ese diálogo entre culturas sin prejuicios, con esa libertad de pensamiento, para poder aprovechar la creatividad bicultural o multicultural. (A5, en la entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, página 5).



Imagen del edificio principal de la Universidad Ngäbe Buklé en Quebrada Guabo, Comarca Ngäbe Buglé, 2013.



### **11.3.9. Tres posiciones frente a la interculturalidad en salud y las prácticas sociosanitarias: Los tradicionalistas, los desarrollistas y las posiciones híbridas.**

En la Comarca existen diferentes planteamientos frente a la relación con los modelos culturales que vienen de afuera, frente a la interculturalidad en salud. Algunos grupos de Mama Tadtá, denominados como los sectores tradicionalistas, tienen posiciones de absoluta desconfianza hacia lo occidental, lo que se traduce a nivel de política sanitaria en la deslegitimación del sistema formal de salud panameño, negándose a la vacunación y a la atención médica en los centros de salud. Esta posición es entendida por muchos dirigentes sociales y políticos, y por extensión por la mayoría de la población, como una posición extrema. Este tipo de planteamiento tradicionalista considera necesario custodiar la cultura ngöbe, manteniéndola al margen de la sociedad latina, siguiendo los preceptos de Delia Bejarano (*Mama Chi*), la líder originaria del movimiento Mama Tadtá. Ella achacaba el origen de la situación de explotación del pueblo ngöbe a la sociedad latina (los *sulia*), por lo que había que romper los lazos con esa sociedad.

Según las posiciones tradicionalistas, la única manera de conservar la medicina tradicional es mantenerla resguardada de influencias externas. Mama Tadtá fue en origen un movimiento profético, mesiánico, milenarista-activista que rechazó los valores, las creencias y la filosofía de la sociedad nacional panameña de manera pacífica (Guionneau Sinclair, 1987). Algunos de los grupos de la religión Mama Tadtá guarecieron sus creencias, abandonando los deberes civiles como ciudadano panameño, deshaciéndose de su identificación (de su cédula), no reconociendo la autoridad del corregidor (autoridad de los distritos que en Panamá se denominan corregimientos), no registrando ni los decesos ni los nacimientos, etc. Posteriormente este movimiento religioso derivó en diferentes prácticas e interpretaciones.

Pero esos que todavía creen en la religión Mama Tadtá, que es una religión a veces difícil de decirles, de explicarles cómo son las cosas, ellos a veces se mantienen, a veces se dan casos, como una amiga que llegó a una comunidad que no querían vacunar a su hijo. (C6, entrevista al personal del Centro de Salud de Bisira, página 1)

A diferencia de las posiciones tradicionalistas, muchos ngöbes entienden que la medicina tradicional y la medicina occidental son complementarias y de hecho las aplican de forma alterna: en el caso de que una no funcione, utilizan la otra, a modo de “pluralismo médico” (Muela, 2006).

Es bueno tener en cuenta la medicina tradicional y también tener en cuenta la medicina de los centros de Salud. Yo en parte creo que un buen botánico hace un buen preparado de su medicamento, sabe lo que el paciente tiene y se lo va a mandar; y, si eso es así, ¡ida por seguro que ese paciente se tiene que mejorar! (C6, en entrevista en Centro de Salud de Bisira, página 3)

Cuando una enfermedad que se puede curar, los médicos; cuando no, es no, y así los botánicos también. (C4, en entrevista en Centro de Salud de Bisira, página 4)

La principal limitación que para algunos moradores tiene la medicina occidental es la incapacidad de atender dimensiones de tipo espiritual. En estos casos, como nos describe la entrevistada C4, utilizar la medicina occidental puede ser contraproducente.

Otra parte de la población nativa y no nativa de la Comarca cree que la única posibilidad de curación proviene de la biomedicina y de la adecuación tecnológica de las herramientas curativas a la ciencia moderna, la MBE (la Medicina Basada en la Evidencia). De acuerdo con el lema “todo lo que se puede probar es cierto, pero todo lo que no se puede probar es empírico”, para este sector la botánica tradicional así como toda la medicina tradicional compondría una especie de tratamiento inservible, ineficaz, primitivo e irracional. Según estas posiciones, la medicina tradicional solo puede agravar la enfermedad produciendo intoxicaciones o empeorando a los pacientes, ya que sus prácticas no están refrendadas por ninguna prueba o test, de modo que, más que una solución, la medicina tradicional es un obstáculo para la salud. Desde estos planteamientos, cuando la medicina tradicional cura un paciente se entiende que es producto de un “efecto placebo”<sup>53</sup>, ya que no se ha demostrado científicamente las capacidades curativas de las formas tradicionales de sanación.

En definitiva se pueden describir tres posiciones discursivas:

- Una que podemos denominar como ‘tradicionalista’, que rechaza la cultura no autóctona y el conocimiento exterior. Básicamente rechazaría el sistema formal de salud o la medicina occidental, legitimando únicamente la medicina tradicional practicada por los sabios y los sukias que no interactúan con el Ministerio de Salud. Esta posición sería defendida por algunos sectores de Mama Tadta y por otros sectores minoritarios de la sociedad.
- La posición ‘desarrollista’, que entiende que sólo la medicina occidental es la que puede dar solución a los problemas sanitarios de la comarca, puesto que la medicina tradicional no dispone de las pruebas y de los test que demuestren su fiabilidad y su validez.
- Pero la posición mayoritaria sería la que podemos llamar ‘híbrida’, que reconoce el valor de la medicina occidental, pero sigue utilizando la medicina tradicional, y ve estas dos medicinas como complementarias, utilizándolas alternativamente. Esta posición entiende que, para atender algunas enfermedades o dimensiones de la enfermedad (lo sobrenatural), la medicina moderna es incapaz de dar soluciones efectivas, pero a su vez entiende que la medicina científica es capaz de resolver de forma bastante eficaz enfermedades de origen físico. La medicina tradicional sería la medicina natural,

---

<sup>53</sup> Como me manifestaba la Doctora Godart por email el 23/04/2016, médica de cabecera que en junio de 2016 atendía en el Centro de Salud de Soloy en la Comarca Ngäbe Buglé.

mientras que la medicina occidental sería química; la medicina natural tarda más en curar, pero sus efectos son más permanentes, mientras que la medicina química cura de forma más inmediata, pero sus soluciones no son permanentes. Este planteamiento reconoce la eficacia de la medicina moderna y occidental, pero también cree que para otras enfermedades la medicina tradicional es más eficaz. Esta es la posición mayoritaria.

Es lo que dice mi gente, que es químico, y te digo que yo he estudiado un poco, yo tengo dos años de estar en un lugar que se llama Coclesito, yo fui a ver a un botánico, quería ver el proceso, como ellos se autonombran, ¿cómo es?... Me han dicho a mí que la botánica no es algo de hoy a mañana. (C8, en entrevista en el Centro de Salud de Bisira, página 5)

Oswaldo Jordan dirigente de la ONG ACD, especialista y doctor por la Universidad de Florida en los procesos de movilización política, nos describe las tres posiciones: 'tradicionalistas', 'desarrollistas' y la 'hibridación'.

Son tipos ideales, pero hay extremos. Hay, en un extremo, cambio mínimo. Es difícil hablar de cambio mínimo; más que cambio mínimo, de rechazo de lo que viene de afuera. Es una oposición muy asociada a los grupos que practican una espiritualidad propia: hay los Shailas en los kunas (los chamanes kunas), los Mama Tadta en el caso ngöbe. Son los tradicionalistas. (A2, página 6)

La otra posición extrema es de los que celebran la modernidad y que consideran que las poblaciones tienen que integrarse en la modernidad. Muy pocos de ellos rechazan la identidad; sería un poco vengonzoso que tú digas «para qué vamos a ser ngöbes». Acuérdate que a principios de siglo los gobiernos liberales... ahí sí se decía ngöbe, ahí los indígenas tienen que convertirse en ciudadanos. Hoy día, después de todo lo que ha pasado, Evo Morales y lo que tú quieras, muy poca gente diría eso. Pero lo que yo creo que no entienden los que tienen esa posición es que es muy difícil seguir siendo una identidad distinta en el medio de una modernidad globalizante. Pero hay algunas personas que lo ven de esa manera: para ellos de repente puedes seguir siendo ngöbe, pero puedes vivir en una casa estilo occidental, tomar tu carro, ir a la mañana, pero sigues siendo ngöbe. Esa es una definición identitaria más multiculturalista. (Ibídem)

Una de nuestras compañeras, ella se nos retiró. Yo considero una tremenda pérdida el retiro de ella, porque en muchos sentidos era una de las personas más valiosas; ella es socia de ACD, pero ella trabaja de sastre en África, se fue a otra cosa completamente distinta; pero con ella teníamos una gran riqueza, porque ella nos enriquecía con sus análisis y también debatíamos. Ella vivía en no sé qué país de África, en Senegal, en Nigeria; es socia de ACD; ella llevó mucho del peso activo, durante ese periodo, el periodo fuerte de ACD, de 2005 al 2009, sobre todo durante 2007 y 2008; ella habla mucho de hibridación, otra de las personas también hablan de hibridación, y celebran mucho el concepto de hibridación. Ciertamente, yo creo que la mayor parte de la gente está en esa combinación y allí sale de todo. (A2, página 6-7).

Néstor García Canclini en "Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad" define la hibridación cultural como "procesos socio-culturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas

estructuras, objetos y prácticas” (García Canclini, 2012). La hibridación cultural es entendida como un proceso y no como un producto final de una fusión o síntesis entre diferentes prácticas culturales. Las hibridaciones provienen de otras hibridaciones, pero no se puede identificar ni el principio ni el desenlace de estos procesos, en permanente cambio.

Dentro del análisis de García Canclini existe una eliminación de las dicotomías entre lo tradicional y lo moderno y entre lo rural y lo urbano, ya que la diversidad cultural de una cultura nacional y su forma descentralizada no pueden ser concebidas en su totalidad. García Canclini se aleja explícitamente de conceptos como el mestizaje y el sincretismo, ya que el primero se centra en la mezcla racial, mientras que el segundo se caracteriza por la mezcla de cultos religiosos. Las hibridaciones tratan diferentes mezclas interculturales que incluyen diferentes formas modernas de mezcla.

Para la denominación de estas mezclas interculturales García Canclini utiliza el concepto ‘híbrido’, prestado de la botánica. En esta disciplina lo híbrido tiene connotaciones negativas, porque la botánica entiende lo híbrido como lo estéril, mientras que García Canclini lo utiliza en un sentido positivo, como una mezcla productiva. Pero antes de García Canclini, teóricos postcoloniales, como Homi K. Bhabha, utilizaron el concepto ‘híbrido’ en el discurso crítico-colonial. Bhabha escogió lo ‘híbrido’ como concepto claramente creativo frente al concepto de ‘mimetismo’, que aludía a ‘la copia’ de determinadas pautas culturales por parte de la colonia. Posteriormente en los estudios culturales y en muchos espacios académicos latinoamericanos se ha privilegiado este concepto, especialmente en el ambiente urbano, donde se observa que el proceso de hibridación cultural se intensifica. Según Peter Burke, América Latina es el espacio del hibridismo cultural *par excellence* (Burke, 2013).

El término ‘híbrido’ también se empleó en los años 70 en publicaciones norteamericanas para describir la práctica artística posmoderna y en 1977 Charles Jencks lo utiliza para la arquitectura posmoderna, pero sin ejercer ninguna influencia en la discusión latinoamericana. Todorov retomó ese concepto de Mijail Bajtín, pero dándole un nuevo significado. Mientras Todorov se centra en la mezcla de culturas, en el contexto de la llegada del Imperio Español a América, Bajtín utiliza ‘híbrido’ dentro del contexto de su caracterización de la multiplicidad de voces en la novela, en relación con la mezcla de diferentes estilos o idiomas. Bajtín observa el proceso de hibridación como expresión de una unificación intencionada, como se puede ver en sus notas sobre la literatura griega, y analiza esta mezcla de varios estilos con unos límites diferenciables, aunque a punto de desaparecer.

Todorov retoma el concepto de Bajtín y lo transmite a la situación de interactividad bicultural que surgió en América después de la conquista del Imperio Español de los territorios del “Nuevo Mundo”, cuando la coexistencia de diferentes sistemas culturales e idiomáticos era posible. Todorov diferencia dos formas de contacto cultural: el contacto que, por un lado, se puede efectuar sin intercambio recíproco y termina en la guerra y la exterminación o, por otro lado, el que causa una interacción más o menos exitosa entre las culturas. Califica como éxito

la integración de elementos culturales que representan un enriquecimiento para la cultura dominante, como, por ejemplo, la integración de la influencia árabe sobre la cultura española. Todorov entiende que el resultado de lo híbrido es una interacción exitosa entre dos culturas (Todorov, 1998).

En las culturas híbridas García Canclini distingue tres procesos cruciales:

- La quiebra y mezcla de las colecciones que organizaban los sistemas culturales.
- La desterritorialización de los procesos simbólicos.
- La expansión de los géneros impuros.

Los procesos de hibridación, según este autor, tienen especial protagonismo en el ámbito urbano, por la intensa interacción que se da en este contexto, es el espacio por excelencia de relación de las redes locales con las redes nacionales y transnacionales. Pero a pesar de este protagonismo de las ciudades, fruto de la desterritorialización de los procesos simbólicos, los procesos de hibridación cultural se dan indistintamente en el entorno rural o en el entorno urbano.

Los procesos de hibridación constituyen, según García Canclini, un sustituto de algo que ya no se puede llamar cultura popular. Las fronteras entre lo culto y popular se van diluyendo. Solo así se puede entender el contemporáneo interés por lo primitivo y lo popular por parte de espacios sociales vinculados a la producción cultural exclusiva en Occidente.

Desde el presente proyecto, sin embargo, se pretende poner especial énfasis en la forma en la que los intercambios culturales son afectados por las desiguales y asimétricas relaciones de poder que sufren las sociedades latinoamericanas. En determinados contextos y en determinadas descripciones de los estudios culturales, la utilización de la hibridación cultural no ha dado cuenta de las exclusiones, los choques y los solapamientos que están presentes en los intercambios culturales, dando una imagen de estos como encuentros apacibles, horizontales y exentos de conflictos. Que existan estrategias alternativas de modernización dentro de comunidades sojuzgadas, que estas cultiven de forma conjunta la ciencia, la técnica y sus saberes ancestrales, no quiere decir que no exista discriminación ni exclusión, sino que constituyen vías alternativas que pretenden participar en los procesos de desarrollo, modernización y globalización por la imposibilidad de transitar por los cauces ordinarios.

La socióloga boliviana Silvia Rivera Cusicanqui, intelectual boliviana que se autodefine como aymara-europea, es crítica con el concepto de hibridación, sosteniendo que la relación de lo indígena y lo occidental en América Latina responde a una yuxtaposición donde no hay mezclas, ya que las distintas culturas no se fusionan, sino que interaccionan entre sí, sea en complementaciones o antagonismos. Cusicanqui hace mención del concepto aymara *ch'ixi*,

que se refiere a un color que resulta de la yuxtaposición de dos colores opuestos, donde algo es y no es a la vez (Rivera Cusicanqui, 2010).

Pero bien se entienda como mezcla, sincretismo, hibridación o yuxtaposición, las asimetrías, lo relacional, lo abierto, lo procesual, al igual que la pluralidad, son características centrales de los sistemas médicos tradicionales presentes en la comarca Ngäbe Buglé. Estas características se cristalizan en las prácticas, en los recursos médicos presentes en la comunidad, en las representaciones de la enfermedad y en el uso que hace la población de esos recursos.



## 12. Conclusiones.

---

Los pueblos indígenas han adquirido un destacado protagonismo en América Latina, en gran medida, por dos hitos históricos: la llegada al poder del primer presidente indígena de la historia (en Bolivia), por una parte, y los procesos constituyentes en Ecuador (2008) y Bolivia (2009), por otra. Estos últimos han contemplado aspectos centrales de las culturas originarias: “el enfoque del buen vivir”, *sumak kawsay* en quechua y *suma qamaña* en aymara. La inclusión de dicho enfoque en las cartas magnas supone un planteamiento de interculturalidad sin precedentes. Establece asimismo una nueva ética para la relación entre las culturas, el modelo de desarrollo y la relación con la naturaleza. El buen vivir representa un marco de referencia para las diferentes comunidades indígenas de América Latina, y se manifiesta de diversos modos en los grupos amerindios.

En Panamá, los pueblos indígenas cuentan con atribuciones de autogobierno dentro de las comarcas, incluyendo la elección de sus líderes tradicionales (caciques y voceros) -que coexisten junto al gobernador, los alcaldes y los corregidores-, así como el control de sus asuntos internos. En el seno de dicho marco político-administrativo, las tierras son colectivas: pertenecen a la comunidad. Este título es intransferible, inembargable e inalienable. Muchos servicios estatales de desarrollo económico y social son implementados en coordinación con las autoridades indígenas. Cabe matizar, sin embargo, que el Gobierno sigue controlando el gasto de fondos públicos e ingresos de impuestos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial del Sistema de Naciones Unidas entiende que, en varios sentidos, el marco jurídico de las comarcas es ambiguo, lo cual deja multiplicidad de espacios de opacidad.

En la legislación panameña, la propiedad colectiva de las tierras en las comarcas indígenas corresponde al suelo, a diferencia del subsuelo (minería y ríos), que pertenece al Estado. Esta diferenciación entre suelo y subsuelo es una fuente interminable de conflictos entre las comunidades y las industrias extractivas. Aún en el año 2016, continúa presente el conflicto sobre la hidroeléctrica en Barroblanco, en territorio ngöbe. Durante el 2012, tuvieron lugar violentos enfrentamientos entre las comunidades y el Estado debido a los proyectos de minería e hidroeléctricas, también en territorio ngöbe.

Un factor importante para el desarrollo de la presente investigación es que los grupos indígenas en Panamá, y en especial los ngöbes, cuentan con una exigua literatura científica sobre sus tradiciones, su idiosincrasia y su cultura<sup>54</sup>. Con objeto de aumentar la literatura científica sobre esta temática se articula la presente investigación (pero este no es el único factor).

---

<sup>54</sup> En “Pueblos Indígenas de Panamá: Una Bibliografía”, ACUN, Panamá, 2013.



El Istmo es el único lugar en Latinoamérica que ha reconocido los derechos y la idiosincrasia de los pueblos originarios por medio de las Comarcas Indígenas. Cabe destacar, asimismo, que los guanas fueron pioneros en la lucha por la autonomía política en América Latina en el siglo XX (La Revolución Tule, 1925). Estos hechos, junto con otros, justifican la necesidad de articular un análisis sistemático y angular sobre los pueblos originarios que conviven en la República de Panamá. La presente investigación se ha focalizado en el grupo indígena mayoritario en Panamá: los ngöbes.

En el Istmo existen siete grupos indígenas, que componen el 12,7% de la población total. Pero no todas estas poblaciones disponen de comarca: es el caso de los nasos y los bri bris. Panamá cuenta con 5 comarcas, que ocupan el 22,2 % del territorio del país.

El trabajo de campo de la presente investigación está caracterizado por el pluralismo metodológico. Sirven de base el análisis y la revisión de fuentes documentales: informes oficiales, estadísticos y técnicos, contenidos expuestos en investigaciones existentes y entrevistas a informantes clave -expertos, líderes sociales y políticos, personal sociosanitario, médicos tradicionales y pacientes, etc.

Para identificar a dichos informantes, conocer las formas de organización y priorización, los parámetros culturales, darse a conocer a las autoridades tradicionales y ayudar a elaborar un listado de preguntas se desarrolló, durante diferentes fases del trabajo de campo, una observación directa *in situ*.

Con el objetivo de vincular las fuentes documentales a las opiniones de los principales agentes y actores de la problemática estudiada, se ha desarrollado una investigación de carácter cualitativo. Se ha establecido como punto de partida una serie de preguntas e indagando acerca del 'cómo' más que del 'porqué'. No se ha pretendido ofrecer una explicación causal en sentido fuerte, midiendo la relación entre la(s) variable(s) independiente(s) y la(s) variable(s) dependiente(s), pero sí se ha buscado establecer una relación causal entre los principales factores de la investigación.

La peculiaridad de esta tesis doctoral viene dada por el hecho de que la contextualización no solo sirve para situar, sino que entra a formar parte del análisis. Sus objetivos son los siguientes: estudiar las condiciones de vida, los principales determinantes de la desigualdad ('la desigualdad multidimensional') y la situación sociosanitaria de los ngöbes, teniendo como foco la interculturalidad en salud planteada desde las instituciones y las entidades de médicos tradicionales.

Panamá sigue un modelo de sociedad dualizada. Por un lado, se encuentra la zona transitista (que coincide geográficamente con el Canal), caracterizada por un capitalismo

internacionalizado basado en el comercio, la construcción y los servicios de intermediación financiera. Por otro lado, se hallan los territorios indígenas, con una agricultura de subsistencia y unas formas de vida comunitarias y tradicionales.

En el terreno de la salud se aprecia con claridad dicho dualismo. Si la sanidad pública panameña presenta ciertas deficiencias en cuanto a infraestructuras e insumos, en el caso de la Comarca Ngäbe Buglé la situación es crítica. La tasa de mortalidad infantil casi duplica la cifra de la provincia de Panamá: 19,3 frente a 10,9 (por cada 1000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional (más del triple), con 297 fallecimientos frente a los 80,5 por cada 100.000 nacidos vivos. Estos hechos han acarreado el incumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, planteados para el año 2015 por el Sistema de las Naciones Unidas. A diferencia del resto del país, que atraviesa un proceso de “transición epidemiológica” (MINSA, 2013) de las enfermedades infecciosas a las no infecciosas como dolencias mayoritarias, en la Comarca, las enfermedades de transmisión infecciosa siguen siendo mayoritarias.

Las comarcas indígenas panameñas muestran numerosos déficits materiales, en especial La Comarca Ngäbe Buglé. Esta presenta las tasas de pobreza y de mortalidad infantil más altas de la República, un porcentaje de analfabetismo del 30% y una tasa de mortalidad materna muy elevada, solo superada por Guna Yala. Las comarcas demandan equiparse junto con el resto de la sociedad y que su especificidad cultural sea reconocida. Ambas reivindicaciones son planteadas de forma conjunta e incluso solapada.

La población indígena en las comarcas vive de la agricultura de subsistencia, basada en una economía no mediada en muchos casos por la moneda. A su vez, las comunidades disponen de bienes públicos difícilmente ‘monetarizables’, como las tierras colectivas (derivadas de una concesión flexible del usufructo de la tierra por parte del Estado), los saberes y las formas de vida tradicionales. El hecho de que dichos recursos no sean contabilizados como activos de la comunidad, y lo sean con exclusividad las carencias y las privaciones, trae aparejado que los indígenas sean concebidos como sujetos de necesidad.

En este sentido, la presente investigación ha evitado alimentar la representación de lo indígena como una ‘cultura del déficit’, en la misma medida en que ha buscado no reproducir versiones idealizadas de lo indígena como una cultura virtuosa, originaria y ‘natural’. Si las comarcas indígenas son solo espacios pasivos de privaciones y carencias, ¿con qué fin han sido reconocidas?

A diferencia de lo que dan a entender las versiones más comunes, los indígenas también disponen de activos y de conocimientos que aportan soluciones y alternativas tanto a su contexto inmediato como a uno más general. En relación a la medicina ngöbe, estudios de la universidad panameña identifican multiplicidad de principios activos en los remedios de los

médicos tradicionales (*Journal of Ethnopharmacology* 20, 1987; *Journal of Ethnopharmacology* 28, 1990).

‘Lo indígena’ constituye una categoría problemática. Este concepto tiende a homogeneizar nacionalidades y pueblos muy diferentes bajo un conjunto de características, en muchos casos prejuiciosas. En definitiva, suele ser utilizado de forma reduccionista, eliminando los aspectos más dinámicos y plurales de las sociedades amerindias. En la presente investigación se analizan algunas de las particularidades más representativas de los ngöbes en Panamá, que, en la mayoría de los casos, se hacen extensivas al resto de los pueblos originarios de Panamá y, en algunos casos, se generalizan a todas las comunidades indígenas de Latinoamérica.

Los indígenas en Panamá, además de ser entendidos como sujetos de necesidad, suelen representarse como pueblos ancestrales y primitivos. Generalmente, la sociedad no les dedica mucha atención hasta que emergen conflictos. Estos, en el caso de los ngöbes, han tenido lugar entre las comunidades y los proyectos de la industria extractiva (que no cuentan con el previo consentimiento de las poblaciones). Solo en razón de dicho enfrentamiento, los ngöbes han adquirido cierto protagonismo y han podido hacer visibles sus demandas.

La causa de la desigualdad que sufren los pueblos indígenas acostumbra a situarse, exclusivamente, en su precario acceso a los ingresos, ya que muestran las tasas de pobreza más elevadas de la República. Los pueblos indígenas soportan, además, graves carencias en servicios básicos como la educación, la electricidad y el saneamiento. En este sentido, son destacables algunas de las reflexiones del Vicepresidente de la Fundación Libertad (*lobby* muy influyente en Panamá). Al ser unilateralmente considerados como sujetos de necesidad, los pueblos indígenas suponen un pasivo para la sociedad panameña:

El problema más importante es la pobreza, y dentro de esta, los indígenas. De hecho, más que un problema de desigualdad, tenemos un problema indígena. Si sacas a los indígenas de las estadísticas, cae de manera dramática la desigualdad, al igual que todos los indicadores de desarrollo humano. (A4, En una conversación en redes sociales con el especialista en Gobernabilidad y el Vicepresidente Fundación Libertad, página 2)

Pero la desigualdad de los pueblos indígenas no solo está determinada por su condición económica: también la discriminación juega un papel importante. Así lo certifican informes del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR, 2010) y del PNUD (INDH, 2014).

Según el relator especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas, en Panamá existen serios problemas relacionados con la implementación y la garantía de los derechos de estas comunidades sobre sus tierras y recursos naturales, el autogobierno y la participación, así como de los derechos económicos y sociales, incluyendo el desarrollo económico, la educación y la salud (Anaya, 2014). A pesar de dicho diagnóstico, a Panamá se le

reconoce por tener un sistema legal avanzado en el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios (Anaya, 2014). Ahora bien, estos marcos legales, en muchos casos, permanecen en mera formalidad.

Pese a que la desigualdad suele definirse en términos económicos, los patrones culturales de discriminación constituyen un factor fundamental. En la práctica, ambas dimensiones (cultural y económica) se entrecruzan. Incluso el aspecto más material de las instituciones económicas contiene una dimensión cultural irreductible: se encuentra atravesado por significaciones y normas. Análogamente, aun las prácticas culturales más discursivas se hallan sujetas a bases materiales. Lejos de ocupar dos esferas herméticas separadas, la injusticia económica y la cultural se muestran usualmente de tal modo entrelazadas, que se refuerzan mutuamente de manera dialéctica.

Para el imaginario panameño los indígenas eran sujetos de necesidad, pobres, abandonados, un poco como... retrasados en el sentido de que no estaban acostumbrados a la modernidad y con una cultura inferior (entrevista a A1, página 3)

Ahora bien, podríamos considerar un tercer aspecto que determina la desigualdad. En cierto sentido, puede hablarse de estructuras de poder que impiden a los sujetos interactuar en condiciones de paridad, al definir de forma excluyente quiénes pueden participar de la justa distribución y del reconocimiento mutuo, y quiénes no pueden. Este factor nos remite a la naturaleza de la jurisdicción del Estado y a las reglas de decisión con las que se estructura la confrontación. Cuando establece las reglas de decisión, la dimensión política insta los procedimientos para escenificar y resolver los conflictos de las dimensiones económica y cultural. Este aspecto atendería a una dimensión político-administrativa.

Si la desigualdad es económica, cultural y política, entonces es multidimensional. En este sentido, si la desigualdad económica es fruto de la injusta distribución de bienes económicos, la desigualdad cultural estaría basada en unos patrones sociales de representación, interpretación y comunicación injustos, y la desigualdad política, en la dificultad o imposibilidad de algunos grupos para interactuar como pares en la sociedad, debido a unos marcos de convivencia injustos.

Siguiendo los tres criterios señalados de desigualdad, podríamos hablar de “mala distribución” (*maldistribution*) cuando existe un acceso inequitativo a los bienes económicos, de “reconocimiento fallido” (*misrecognition*), cuando los patrones culturales de representación son discriminantes, y de “representación fallida” (*misrepresentation*), cuando las normas y las leyes no posibilitan “participar como pares” en la interacción social a determinados grupos o sujetos (Fraser, 2009).

La desigualdad multidimensional está inspirada en la pobreza multidimensional. Esta última constituye un indicador empleado por el PNUD y está basado en el enfoque de las

capacidades. Desde dicho enfoque, se defiende que la pobreza no es producto exclusivo de los ingresos insuficientes, sino que también está relacionada con deficiencias en la salud y en la educación, entre otros factores. La multiplicidad de factores dificulta el uso de las plenas “capacidades” (Nussbaum, 2012) para superar esta situación de carestía y privación.

En cuanto a las infraestructuras sanitarias, recursos materiales y humanos de la sanidad pública panameña, el personal médico que trabaja en la Comarca caracteriza sus prácticas como “medicina basada en la indigencia”. En la Comarca hay menos de 3 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes, dato que queda muy alejado de los 25 médicos-enfermeras por cada 10.000 habitantes que aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las infraestructuras sanitarias son asimismo insuficientes: solo 2 de los 10 centros de salud presentes en la Comarca disponen de un laboratorio para hacer pruebas que permitan elaborar diagnósticos básicos. En este contexto, la medicina tradicional es un activo fundamental: las autoridades sanitarias reconocen su valor y la definen como un sistema de salud. En efecto, los médicos tradicionales están reconocidos en las leyes como prescriptores públicos de salud. Sin embargo, en la práctica, aspectos centrales de dichas leyes no se cumplen. Los médicos tradicionales ocupan un lugar subalterno que no les posibilita ejercer su profesión en los espacios que legítimamente debería otorgarles el sistema formal de salud.

La medicina tradicional prescribe una serie de tratamientos, ya sea a base de preparaciones herbarias que contienen principios activos (Journal of Ethnopharmacology 20, 1987; Journal of Ethnopharmacology 28, 1990), ya sea a base de remedios con animales y minerales. Esta práctica sanitaria se caracteriza igualmente por unas formas especiales de diagnóstico y ciertos rituales, para atender tanto dolencias que tienen una causa física, como dolencias de origen metafísico.

Pero, además de una práctica médica, la medicina tradicional conforma un complejo sistema de valores, creencias y conocimientos en el que gozan de especial protagonismo los especialistas, terapeutas, parteras, promotores y sanadores, los médicos tradicionales así como una población que confía en la medicina tradicional, la solicita y la utiliza cotidianamente.

En cuanto a los prescriptores tradicionales de salud, existen tres tipos en la Comarca: los sukias, los botánicos empíricos y las parteras empíricas. Una cuarta figura, el hechicero, atiende fenómenos como el mal de ojo, las posesiones o las maldiciones, es decir, los denominados ‘síndromes de filiación cultural’ (cultural bound syndromes). Este personaje no es reconocido como médico tradicional ya que, según las leyes comarcales, la hechicería es ilegal.

Los sukias fueron líderes sociales, políticos y espirituales, pero también los sanadores ancestrales en la cultura ngöbe. Sin embargo, con la evangelización y el proceso de hegemonización de los credos católicos y protestantes (fundamentalmente evangelistas) en la

Comarca, los sukias perdieron su liderazgo espiritual. Ello hizo que perdieran poder, protagonismo y prestigio en la sociedad comarcal. Desde los años 60 del pasado siglo, un grupo sincrético, los Mama Tadta, trata de ganar la hegemonía en la Comarca frente a los credos católico y protestante (pese a contar con menor número de fieles que los cristianos en territorio indígena). La religión Mama Tadta es reconocida como el credo oficial de la Comarca en la Carta Orgánico Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé.

En la sociedad ngöbe, los sukia son el equivalente a los jaibaná de los emberá o a los nele de los gunas, los otros dos grupos indígenas más importantes, en un sentido numérico, de Panamá. Los sukias cuentan con facultades adivinatorias y de comunicación con los espíritus. Ellos presiden las ceremonias sociales dentro de la comunidad.

Dentro de los tres tipos de sanadores tradicionales destaca una figura emergente, los botánicos empíricos (o kroko dianko), que, en muchos casos, se han asociado a entidades de médicos tradicionales. Estas entidades tratan de resituar la figura del botánico tradicional como prescriptor de salud, poniendo en valor sus habilidades y sus prácticas curativas, y dejando en segundo plano los elementos metafísicos (espirituales y/o religiosos) como estrategia fundamental de legitimación. Dichas instituciones colaboran con las autoridades formales por medio de capacitaciones, identificación de plantas, etc. Participaron en un convenio de trabajo junto con médicos occidentales en los centros de salud, implementado solo en 2011 e incumplido desde el año 2012 hasta el 2015.

Las entidades de médicos tradicionales como ASASTRAN o Ichi Druribo tienen como objetivo integrar las formas tradicionales de curación en el sistema formal de salud, pero no alcanzan el total de botánicos y parteras de la Comarca, excepcionalmente, incluyen sukias (3 en ASASTRAN y ninguno Ichi Druribo). En términos generales, los sukias no participan en las iniciativas de las autoridades sanitarias no tradicionales. Asimismo, existen botánicos no asociados a las entidades, que tampoco colaboran con las autoridades sanitarias estatales.

A pesar de las iniciativas legales para que los médicos tradicionales ofrezcan sus servicios sanitarios en los centros de salud, éstos no se encuentran autorizados para ofrecer dicha prestación. Unido a ello, las comisiones y los organismos, cuyo objetivo establecido en las leyes es el de articular y complementar los dos sistemas médicos (el tradicional y el biomédico), “no se han puesto en marcha hasta la fecha”<sup>55</sup>. Así pues, conviviendo con la legislación favorable a la interculturalidad, encontramos que no se aportan los recursos materiales necesarios (mala distribución), los médicos tradicionales son discriminados (reconocimiento fallido) y las leyes no se cumplen (representación fallida).

---

<sup>55</sup> James Anaya, “Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, James Anaya. La situación de los derechos de los pueblos indígenas de Panamá” (2014).

La interculturalidad en salud debe estar basada en un diálogo que permita el respeto mutuo, el reconocimiento igualitario del saber, la voluntad de interactuar y la flexibilidad para cambiar como resultado de la interacción.

En 1998, el Ministerio de Salud panameño creó un organismo para atender el área comarcal: la Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé (aunque su sede no está situada en territorio indígena sino en San Félix, población limítrofe de la Comarca). Este organismo realiza labores de mediación y promoción con médicos tradicionales. La Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé es un dispositivo de proximidad que gestiona y organiza los recursos materiales y humanos de que dispone el Ministerio de Salud<sup>56</sup> en la Comarca.

Más adelante, en el año 2011, el Gobierno de Panamá fundó la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas dentro del Ministerio de Salud (DASI). Su misión es proporcionar una atención integral de salud a los pueblos indígenas y ayudar a conservar los conocimientos ancestrales y los derechos fundamentales de los indígenas. La DASI desarrolla programas de capacitación en medicina científica preventiva a los médicos tradicionales, pero no realiza ninguna actividad de capacitación o de sensibilización a los médicos científicos en medicina tradicional. Ofrece asimismo servicios de salud tales como vacunación, odontología y despacho de medicamentos a población que reside en territorios indígenas.

La DASI, en cuanto a políticas de interculturalidad en salud, defiende principios acordes a lo que ha dado en denominarse “competencia cultural” o CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Services). Propone redefinir la competencia cultural como el conjunto de “servicios cultural y lingüísticamente apropiados”, caracterizados por “la capacidad de funcionar de manera efectiva como individuo y como organización, en el contexto de las creencias culturales, comportamientos y necesidades de los consumidores y sus comunidades”, facilitando “servicios de salud respetuosos y que respondan a sus necesidades culturales y lingüísticas” (OMH, 2001).

Algunas de las interpretaciones del CLAS implementadas por la DASI tienden a ‘culturalizar’ las políticas de interculturalidad, entendiendo la interculturalidad en salud como una cuestión exclusivamente étnica. Asumir que la presencia de personal nativo en los centros de salud comarcales es una medida de interculturalidad *per se* -como expresó el director de la DASI en una entrevista, sin tener en cuenta que algunos nativos desconocen o se oponen a la medicina tradicional-, es una concepción ‘culturalizada’ que simplifica problemáticas plurales y complejas.

---

<sup>56</sup> El Ministerio de Salud del Gobierno de Panamá (MINSa) es la única institución sanitaria pública que tiene presencia en la Comarca. La Caja del Seguro Social (CSS) no dispone de ningún espacio en el área comarcal.

La interculturalidad en salud en Panamá se concibe “como una cosa de los indios” (Fernández Juárez, 2011), concepción a todas luces restrictiva. Una idea muy generalizada en las instituciones panameñas es que la interculturalidad está exclusivamente dirigida a las minorías indígenas. Esta posición supone que hay colectivos que tienen una ‘cultura’, ‘barreras culturales’ o singularidades culturales más o menos problemáticas, y que éstas deben ser salvadas o superadas a la hora de realizar un trabajo técnico con estos grupos o personas. Ello implica, en cierta medida, una valoración ‘de arriba abajo’: la consideración de que los profesionales occidentales u occidentalizados no tienen ‘cultura’ o, al menos, que la suya no representa una barrera en sus interacciones con esos ‘otros’, que sí son ‘sujetos de cultura’. Ahora bien, todos los seres humanos tenemos maneras de ‘pensar y hacer’ respecto a la salud/enfermedad, aprendidas en un contexto social, y formas de relacionarnos con los sistemas de atención sanitaria. En este sentido, “todos tenemos cultura” (Mecañá, 2006).

Esta tendencia a “culturalizar”, además de ser esquemática, despoja a la interculturalidad de sus alcances políticos y económicos. La relación entre grupos culturales está mediada por la distinta posición social de los mismos, de manera que la interculturalidad no puede entenderse sin tener en cuenta los fenómenos de poder y de estratificación socioeconómica. La diversidad cultural en salud ha de ir, por tanto, unida a la consideración y al análisis de las desigualdades sociales y económicas, así como a la lucha contra la pobreza y la exclusión social, sufridas con mayor severidad por las comunidades indígenas.

Medidas relevantes y convenios firmados por las autoridades tradicionales y las autoridades médicas formales van en el sentido de financiar y apoyar las prácticas médicas tradicionales, pero no dentro del sistema formal de salud, sino en los espacios donde tradicionalmente se ha ejercido esta serie de prácticas médicas. En la firma del convenio de cooperación entre ASASTRAN y el MINSA en marzo de 2016, que busca reparar el incumplimiento del convenio de 2011<sup>57</sup>, no existe ningún programa que promueva o ponga en práctica la interacción de los dos sistemas médicos. Dicho acuerdo solo incluye medidas de apoyo y financiación de las prácticas médicas tradicionales, que no siguen la filosofía de armonizar o complementar ambos sistemas. Más bien al contrario, favorecen su separación, la ausencia de diálogo y la imposibilidad de cooperación y de enriquecimiento mutuo.

En varios artículos de la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé se hace referencia explícita a la “armonización y fusión” de la medicina científica y la medicina tradicional. Sin embargo, tanto en el convenio de marzo de 2016 como en los proyectos del

---

<sup>57</sup>El Ministerio de Salud y la asociación de botánicos ASASTRAN firmaron un convenio que se implementó en 2011, dotado con un presupuesto y una serie de acciones estratégicas dentro de un plan operativo. Este plan posibilitó el trabajo conjunto de médicos occidentales y médicos tradicionales en 5 centros de salud, de los 10 de que dispone la Comarca Ngäbe Buglé. El convenio se incumplió durante los años 2012, 2013, 2014, y 2015. El 17 de marzo de 2016, el Ministerio de Salud firmó un convenio de cooperación con ASASTRAN para que (según el comunicado oficial del MINSA) se desarrollen procesos de articulación, complementación y reciprocidad entre “la medicina natural y la medicina tradicional”.



DASI (por ejemplo en la “Formulación de la Política Nacional de Salud 2010-2015 con enfoque de interculturalidad en los recursos humanos”), no se mencionan la armonización y la complementariedad de ambas medicinas, ni la posibilidad de un trabajo conjunto del personal biomédico y los médicos tradicionales.

Dicho trabajo conjunto, a pesar de ser un objetivo de obligado cumplimiento en la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé (artículo 258), no se cumple en los centros de salud. Este incumplimiento viene determinado por el predominio de “la medicalización” (Comelles, 2014) sobre los aspectos culturales en la atención médica, por la desconsideración de la medicina tradicional, la falta de voluntad política de las autoridades sanitarias y políticas, y por la ausencia de competencia cultural y de sensibilización entre el personal sociosanitario biomédico, tanto nativo como no nativo.

Caracterizan a los encuentros interculturales las asimetrías y las desigualdades. Las interacciones entre el sistema médico tradicional y la biomedicina están regidas por la desconfianza: hay un evidente desconocimiento del otro, perjuicios y falta de reconocimiento mutuo. Es lo que algunos autores han denominado “interculturalidad forzada” (Campos Navarro, 2010) o “interculturalidad asimétrica” (Menéndez, 2005). Tal y como expresaba la mediadora de la Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé<sup>58</sup>, siguiendo su experiencia de colaboración entre médicos tradicionales y científicos en 5 centros de salud de la Comarca (fruto de un convenio en 2011), los médicos se niegan a reconocer a los botánicos tradicionales como prescriptores de salud.

Al contrario que en las instituciones formales, en el nivel de “autoatención” (Menéndez, 1990) está generalizado el “pluralismo médico” como práctica sociosanitaria intercultural. Dicha práctica difiere del “pluralismo cultural”, pues no es cuestión de un ejercicio cultural fácilmente diferenciable: los límites no se hallan bien definidos, sino que se trata de procesos en continuo cambio, interacción e intercambio (Muela, 2007). Este pluralismo médico, en el caso de los ngöbes, constituye una práctica generalizada en la vida cotidiana que complementa o alterna la medicina occidental y la medicina tradicional, siempre teniendo en cuenta que, tanto la una como la otra, disponen de diferentes versiones, es decir, son prácticas plurales. Al igual que “no hay solo una biomedicina” (Hahn y Kleinman, 1983), tampoco existe una única medicina tradicional: ambas son plurales y se mezclan. La práctica del pluralismo médico esta muy arraigada entre la población nativa de la Comarca como nos manifestó el personal aborigen que atiende en los centros de salud comarcales.

---

<sup>58</sup> En una entrevista de octubre de 2015 realizada en Ñurum, Comarca Ngäbe Buglé, por la doctora Godart.

En la Comarca existen dos entidades de médicos tradicionales: ASASTRAN e Ichi Druribo<sup>59</sup>. Ambas ponen en marcha iniciativas de capacitación, de intercambio de experiencias y de conocimiento, de fomento y recomendación de las terapias, así como de las formas de curación ancestral. Estas entidades disponen de protocolos para los casos en que la medicina tradicional no está resultando efectiva, de forma que el paciente pueda ser rápidamente derivado a un centro de salud. ASASTRAN e Ichi Druribo tienen como objetivo conservar e integrar la medicina tradicional en el sistema formal de salud. Aspiran a que las virtudes de aquella sean aprovechadas y potenciadas, y a que un modelo de relación culturalmente adaptado se haga posible, garantizando la pervivencia de las formas ancestrales de curación.

Las entidades de médicos tradicionales son conscientes del gran interés que suscitan las medicinas alternativas y complementarias en el panorama internacional. Colaboran con ONGs, fundaciones y universidades con el fin de difundir sus conocimientos, hacerse cargo de los avances contemporáneos y participar en 'el mercado de las terapias alternativas'.

La Universidad Ngäbe Buklé es una institución intercultural, compuesta por personal exclusivamente aborigen cuya misión es cultivar, desde la autonomía y desde el "enfoque" de la población aborigen, "la ciencia, la tecnología y la cultura a través de la educación superior con respeto a la diversidad y al buen vivir" (Santamaria, 2013). Este proyecto cuenta con diferentes programas formativos en marcha y, entre sus licenciaturas pendientes de desarrollar, hay una dedicada a la medicina intercultural. La universidad indígena reivindica un "enfoque de los de adentro" (En entrevista en Universidad Ngöbe Buglé, septiembre 2013) ara evitar adoptar "el enfoque de los de afuera" (En entrevista en Universidad Ngöbe Buglé, septiembre 2013) que no contempla importantes dimensiones de las costumbres, la identidad y la idiosincrasia local. Constituye un tipo de "conocimiento situado" (Haraway, 1995) que asume su parcialidad, su incompletitud, y busca legitimar de este modo su posición como productor de conocimiento. Este planteamiento rompe con la desigualdad que generan determinadas posiciones de poder, que definen qué sujetos pueden producir conocimiento y cuáles no.

Para la Universidad Ngäbe Buklé, el interés actual por las culturas tradicionales y las formas ancestrales de sanación -lo que algunos autores denominan "el retorno a la cultura" (Comuelles, 2004)-, constituye una oportunidad de avanzar y progresar, al propiciar un "desarrollo local con identidad", siguiendo la expresión del rector de Universidad.

En la presente investigación, han podido identificarse diferentes posiciones frente a la interculturalidad, diversidad que dibuja un escenario plural cargado de disensos sobre los

---

<sup>59</sup> ASASTRAN cuenta con 200 asociados que incluyen parteras, botánicos, administrativas y tres sukias (uno por cada región de la Comarca). Ichi Druribo está formado por 50 asociados, exclusivamente botánicos y parteras, que atienden a pacientes de una sola región de la Comarca (Ño Kribo).

modelos de desarrollo y la relación entre la modernidad/es y la tradición/es. Dichas perspectivas pueden ser clasificadas en tres tipos:

- Los desarrollistas. Sitúan en primer plano los procesos de modernización, por medio de la implantación de la industria extractiva en la Comarca. Los desarrollistas admiten que la medicina tradicional debe ser conservada pero, a su juicio, lo fundamental viene dado por los procesos de modernización, que ayudan a salir del rezago que sufren las comunidades. Por lo tanto, la tradición no constituye un elemento central y la interculturalidad se vuelve asimétrica. En los centros de salud ha de ofrecerse la medicina más avanzada, la biomedicina. El sistema formal de salud debe colaborar con los médicos tradicionales, pero distinguiendo los espacios ‘biomédicos’ de los ‘espacios tradicionales’.
- Los tradicionalistas. Entienden que la cultura es un bien que no debe ser contaminado por influencias externas. Es la postura de algunos grupos de la religión oficial de la Comarca Ngäbe Buglé: los Mama Tadata. Los tradicionalistas están en contra de la industria extractiva y de los modelos de modernización. Defienden la necesidad de evitar la interculturalidad y de mantener lo más intacta posible la cultura tradicional.
- Las posiciones híbridas. Consideran que la medicina tradicional y la medicina científica deben interactuar y estar presentes en los centros de atención pública, complementándose, constituyendo un nuevo modelo de salud pública. La interculturalidad es concebida como una oportunidad: de desarrollo, de integración de los saberes tradicionales en el sistema formal de salud y en el acervo de conocimiento nacional e internacional. Esta es la posición de las entidades de médicos tradicionales y de la universidad indígena.

Las entidades de médicos tradicionales y la Universidad Ngäbe Buklé buscan un tipo de reconocimiento de las formas tradicionales de curación, que posibilite canalizar recursos para mejorar la vida de los habitantes de la Comarca y, a su vez, transmitir conocimientos que aporten alternativas curativas. Este planteamiento favorece un reconocimiento efectivo y transformador, que atiende a la desigualdad multidimensional. La idea es propiciar una armonía entre el conocimiento científico y los avances actuales, por una parte, y los conocimientos tradicionales, por otra. El concepto de hibridación, empleado por Nestor García Canclini, refiere a un proceso que mezcla elementos tradicionales y modernos de diferentes regiones, países y culturas. El antropólogo argentino habla de ello como “la desterritorialización de los procesos simbólicos”, en un continuo “proceso de entrada y salida de la modernidad” (García Canclini, 2012).

El enfoque de las entidades de médicos tradicionales y la Universidad Ngäbe Buklé permitiría una interculturalidad en salud alternativa y un nuevo modelo de salud pública en la Comarca.

Este nuevo planteamiento pone en cuestión la representación de lo indígena como una construcción social estática, singular, monolítica, cerrada. Reivindica la presencia de elementos dinámicos, plurales y abiertos en la tradición, capaces de ofrecer soluciones y aportar alternativas al contexto más inmediato, así como a contextos más alejados. En esta dirección apuntan las reflexiones finales realizadas por el Rector de la Universidad ngöbe en una entrevista:

Hay un montón de oportunidades que encabezándolas nos sirve primero a nosotros. Estamos buscando un desarrollo local con identidad, y luego que podemos aportar como patrimonio al mundo. Nadie más en el mundo habla nuestro idioma, nadie más en el mundo práctica balsería, nadie más en el mundo cree en los mama tadtá... Hay una diferencia... hay futuro a nivel local y hay futuro a nivel internacional lo que tenemos que acercar ese diálogo entre culturas sin prejuicios, con esa libertad de pensamiento para poder aprovechar la creatividad bicultural o multicultural. (En entrevista en la Universidad Ngäbe Buklé, A6, página 18, septiembre de 2013 en Quebrada Guabo, Comarca Ngäbe Buglé).

La interculturalidad en salud puede entenderse como ‘mezcla y conservación’. Pero también puede ser concebida como una forma de integración de la cultura subalterna, como un modo de afrontar la desigualdad multidimensional que sufre uno de los sistemas médicos presentes en la Comarca.

A modo de resumen, podemos destacar las siguientes conclusiones de la tesis doctoral:

- La sociedad panameña se encuentra claramente dividida entre la zona del Canal, con una economía de servicios modernizada -la más creciente de Latinoamérica-, y las comarcas indígenas, cuyas economías primarias son protagonistas la agricultura de subsistencia y cuyas tasas de pobreza son muy elevadas. Históricamente, Panamá ha adoptado el modelo de las comarcas indígenas para el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios. Este modelo, a pesar de ser uno de los más avanzados del continente, muestra varias deficiencias y no logra resolver problemas de marginación y exclusión. La Comarca Ngöbe Buglé es la comarca más extensa y poblada, y sus tasas de pobreza son las más altas de la República de Panamá.
- La situación sanitaria de la Comarca Ngöbe Buglé es crítica y los recursos insuficientes, por lo que sus habitantes se ven obligados a recurrir a las formas tradicionales de curación -muy enraizadas en la cultura nativa-, como alternativa necesaria. Estas formas de curación son, en muchas ocasiones, prejuizadas de primitivas, irracionales, estáticas y antimodernas, a pesar de ser reconocidas como un sistema médico por las instituciones sanitarias.
- En la presente tesis, se han puesto de manifiesto las dimensiones dialógicas, plurales y dinámicas de la cultura médica tradicional ngöbe, contenidas en las alternativas planteadas por las entidades de médicos tradicionales (ASASTRAN y Ichi Druribo) y la universidad intercultural indígena (La Universidad Ngöbe Buklé).
- Dichas alternativas cuestionan las concepciones de la cultura indígena como ‘una cultura del déficit’, definida únicamente por sus carencias y privaciones. Estas

entidades tratan de mostrar el valor de los saberes, los conocimientos, las formas de vida y las tradiciones de la cultura sanitaria ngöbe, como un activo que no se contabiliza.

- Se observa una marcada tendencia, por parte de las instituciones públicas sanitarias panameñas, a ‘culturalizar la interculturalidad en salud’, en la línea de la descripción de Gerardo Fernández Juárez: “la interculturalidad como una cosa de los indios” (Fernández Juárez, 2011). Lo que es manifiestamente una forma parcial y reduccionista de concebir la relaciones entre las culturas, entendiendo que las políticas de interculturalidad solo atañen a los sectores ‘tradicionales’.
- Las alternativas planteadas por la universidad ngöbe y las entidades de médicos tradicionales ponen en marcha iniciativas para transmitir su conocimiento y sus experiencias, identificar y legitimar sus formas de curación, empleando criterios científicos y combinando los diferentes saberes médicos. Todo ello con el objetivo de fomentar un “desarrollo con identidad”, para cultivar, según la Universidad Ngöbe Buklé, “la ciencia, la tecnología y la cultura a través de la educación superior con respeto a la diversidad y al buen vivir”. Los planteamientos híbridos pretenden mezclar el conocimiento científico y los saberes populares de una forma eficaz, que redunde en una mejora de las condiciones de vida, de forma democrática (“teniendo en cuenta lo que quiere el pueblo”) y poniendo en valor el enfoque nativo (conocimiento situado).
- Los médicos tradicionales desarrollan capacitaciones en biomedicina en colaboración con el Ministerio de Salud, trabajan con los centros de salud, derivando enfermos y atendiendo a aquellos que el centro de salud no ha logrado sanar, identifican plantas para analizar sus principios activos y sistematizan los saberes curativos en guías que pretenden divulgar. Sin embargo, no cuentan con recursos ni con apoyo institucional suficientes, las comisiones de trabajo conjuntas (de médicos tradicionales y científicos) no se activan, e incluso, no se les permite atender en los centros de salud a pesar de que las leyes comarcales lo exigen.
- El personal sociosanitario no nativo de los centros de salud de la Comarca desconoce las tradiciones y los saberes populares. En la mayoría de los casos, la interacción cultural del personal sociosanitario no nativo toma la forma de una “interculturalidad forzada” cargada de prejuicios, sin la sensibilidad ni la competencia cultural necesarias para adaptarse a un contexto con unos hábitos sanitarios muy diferentes a los occidentales.
- La interculturalidad en salud tiene como finalidad conservar las formas tradicionales de curación, buscando las vías más adecuadas de interacción entre las culturas ancestrales aborígenes y las culturas modernas y científicas.
- Dos versiones de interculturalidad en salud pueden ser identificadas en la Comarca Ngäbe Buglé. La primera de ellas pretende conservar la cultura ancestral a modo de ‘reliquia’, ‘reserva’ o ‘museo’, y procura mantenerla lo más alejada posible de otras culturas, consciente de la inevitabilidad de la mezcla. La segunda alternativa pretende conservar la medicina tradicional integrándola de forma real y operativa en el sistema formal de salud: cooperando, combinando y armonizando ambos sistemas médicos.

- El planteamiento de conservación como una ‘reliquia’ sigue la filosofía contenida en los planes estratégicos y en las acciones implementadas por el Ministerio de Salud panameño. Por su parte, el enfoque de la ‘integración’ se encuentra en la línea de lo propuesto y expresado por las entidades de médicos tradicionales.
- Existe otro planteamiento conservacionista: el de las posiciones tradicionalistas que sostienen que las culturas no deben mezclarse. A su juicio, la mejor manera de conservar la cultura tradicional es mantenerla alejada de la cultura occidental o ‘latina’. Es la postura de algunos sectores sociales comarcales, como ciertos grupos de la religión Mama Tadtá -no todos los Mama Tadtá son tradicionalistas-. Como resulta evidente, éste no constituye un enfoque de interculturalidad.
- En la sociedad ngöbe existen grandes disensos y una gran pluralidad de opiniones que se expresan en los planteamientos desarrollistas, tradicionalistas y en las posiciones híbridas, que manifiestan una gran heterogeneidad de opiniones frente a los modelos de desarrollo, y la relación entre modernidad/es y tradición/es. Esta realidad contrasta con la representación de los ngöbe como una sociedad homogénea y singular.
- A pesar de los patrones culturales de representación de lo indígena como estático, monológico y anclado en el pasado, las entidades de médicos tradicionales y la universidad indígena constituyen enfoques pluriculturales, abiertos, simétricos y situados, que buscan el diálogo y el enriquecimiento mutuo. En cambio, los enfoques de interculturalidad de las instituciones públicas sanitarias en la Comarca son asimétricos, poco receptivos a la diversidad, recelosos y adolecen de una falta de horizontalidad en su relación con las culturas nativas.
- Es necesario propiciar espacios de relación abiertos, plurales, horizontales para el diálogo y el enriquecimiento mutuo de los dos sistemas médicos presentes en la Comarca Ngäbe Buglé.
- Para abordar la integración de la cultura médica tradicional ngöbe en el sistema de salud, diversos factores han de ser tenidos en cuenta: la transferencia de recursos e ingresos, la dimensión económica (la redistribución), la generalización de patrones culturales de representación no discriminantes, la dimensión cultural (el reconocimiento), la disposición de marcos de convivencia y de leyes que permitan interactuar a todos los integrantes de la sociedad como pares, la dimensión política (la representación). Sólo así se atiende a las tres dimensiones de lo que hemos denominado ‘desigualdad multidimensional’.
- En este trabajo de investigación se considera que, contemplando estos tres factores (económico, cultural y la político), puede alcanzarse un reconocimiento realmente transformador, que permita aprovechar todos los recursos simbólicos y materiales disponibles para mejorar las condiciones de vida y de salud en la Comarca, así como acercar las instituciones públicas sanitarias a la población comarcal. Se defiende, en fin, que no es adecuado proseguir con un reconocimiento meramente formal y afirmativo.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Abrego Santos, Rubén (2013), "Manual sobre Medicina Tradicional, Comunidad Notente, Distrito de Kankintú, Corregimiento de Calante, Comarca Ngäbe-Buglé". ANAM, Autoridad Nacional del Medioambiente, Panamá.

Acosta, A. "El Buen Vivir, una oportunidad por construir" (2008). Ecuador Debate, Quito

ACUN (Acción Cultural Ngöbe) (2010), "Ni Ngöbe Nünadi Kóre (El pueblo Ngöbe vivirá siempre)", Panamá.

- ❖ Ley 10 (7 de marzo de 1997) por la cual se crea la comarca Ngöbe-Buglé.
- ❖ Decreto Ejecutivo No194 (25 de agosto 1999) por el cual se adopta la carta orgánica administrativa de la comarca Ngöbe-Bugle.
- ❖ Guías para el estudio.
- (2012), "El cacao y los colibríes, ley 11 (Del 26 de marzo de 2012). Comentarios". ACUN, ACCIÓN CULTURAL NGÖBE, Panamá.

Aguirre-Beltrán G. (1955) "Programas de salud en la situación intercultural". México: Fondo de Cultura Económica.

Alderete, Ethel (Wara) (2004), "Salud y pueblos indígenas". Ediciones Abya-Yala. Quito (Ecuador).

Alkire, S.; Foster, J. (2009). "Counting and Multidimensional Poverty Measurement". Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI)

Alkire, S.; Santos, M.E. (2010). "Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries." OPHI Working Papers 38, University of Oxford

Alonso, Luis Enrique (1998), "La mirada cualitativa". Editorial Fundamentos, Colección Ciencia, Madrid.

American Academy of Nursing (1993), "Promoting cultural competence in and through nursing education". New Cork, USA.

ANAM, Autoridad Nacional del Medioambiente (2002), "Atlas de la Comarca Ngöbe Buglé". ANAM, Autoridad Nacional del Medioambiente, San Félix, Panamá.

Anaya, James (2009). "Observaciones sobre la situación de la Comunidad Charco la Pava y otras comunidades afectadas por el Proyecto Hidroeléctrico Chan 75 (Panamá)", ONU, Panamá.

- (2014), “Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, James Anaya. La situación de los derechos de los pueblos indígenas de Panamá”. PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Panamá.
- Aparicio Mena, Alfonso Julio (2004), “Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas”. Gaceta de Antropología, Buenos Aires.
- Arauz, Celestino Andrés y Pizzurno, Patricia (1997), “El Panamá Hispano (1501-1821)”. Editorial La Prensa. Tercera Edición. Panamá.
- Arboleda, Jairo A.; Petesch, Patti L.; Blackburn, James (2004), “Voces de los pobres de Colombia”. Banco Mundial, Washington.
- ASASTRAN, Asociación de Agentes de Salud Tradicional y Natural Ngöbe (2012), “Proyecto de organización y desarrollo de la medicina tradicional ngöbe”. ASASTRAN, Asociación de Agentes de Salud Tradicional y Natural Ngöbe, Panamá.
- Benhabib, Seyla (2006), “Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global”. Katz Editores, Buenos Aires.
- Bletzer, K. V. (1985). “Fleeing hysteria (chakore) among ngawbere of northwestern panama: A preliminary analysis and comparison with similar illness phenomena in other settings”, *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 9:4, 297-318, DOI: 10.1080/01459740.1985.9965940.
- (1988), “Social origins of folk illness among Ngawbere of the northern Valiente Peninsula: The case of chakore and ha ko botika”. Tesis doctoral, Michigan State University, EE.UU.
- (2010), “Fleeing hysteria (chakore) among ngawbere of northwestern panama: A preliminary analysis and comparison with similar illness phenomena in other settings”. Department of Anthropology, Michigan State University, USA.
- (2014), “The Ngawbe All-Night Home Based Vigil: Diviner Mediated Intrafamilial Healing”. (in) “Divination and Healing: Potent Vision”. Edited by Michael Winkelman and Philip M. Peek. Pp. 227-242. Tucson: University of Arizona Press.
- Bourdieu, Pierre (1991), “El sentido práctico”. Taurus, Madrid.
- Bourguignon, François; Chakravarty, Satya R. (2003), “The Measurement of Multidimensional Poverty”. *Journal of Economic Inequality*, Holanda
- Brand, U. (2009). “Environmental crises and ambiguous postneoliberalising of nature”, *Development Dialogue*, 51.
- Briceño, Ybélce (2006), “Del mestizaje a la hibridación: discursos hegemónicos sobre la cultura en América Latina”. Fundación Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos. Caracas.



Brown Araúz, Harry; Lunas Vásquez, Clara Inés (2013), "Panamá: El crecimiento económico a expensas de la política". Revista de Ciencia Política. Panamá.

Burke, Peter (2010), "Hibridismo cultural". Akal. Madrid.

Campinha-Bacote, Josepha (2001), "A model of practice to address cultural competence in rehabilitation nursing", *Rehabilitation Nursing*, 26, 1: 8-11. DOI: 10.1002/j.2048-7940.2001.tb02201.x

Campos Navarro, R. y Citarella, L. (2004) "Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia", en Fernández Juárez, G. (coord.), "Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas". pp.93-106. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania/UCLM, Quito.

Campos Navarro, R. (1997) "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México". *Revista Médica del IMSS*, 35(4) pp. 265-272.

— (2001), "Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España". *Gaceta Médica de México*, 137, Nº 6, México, pp. 515-608.

— (2004), "Experiencias sobre salud intercultural intercultural en América Latina", en Fernández Juaárez, G. (coord.), "Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural", Quito, Abya-Yala/UCLM/AECI/FCSICIII/JCCM, p. 129-151:129.

— (2010), "Una visión general sobre la salud intercultural en pueblos originarios" en Campos, Roberto y Citarella, Menardi (ed.) "Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina". Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia.

— (2010), "Salud intercultural en América Latina: Experiencias del pasado y contemporáneas" en Campos, Roberto y Citarella, Menardi (ed.) "Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina". Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia.

Caravantes García, Carlos (2003) "Procesos de negociación de la identidad de los Pueblos Indígenas de América Latina", en libro electrónico: *Cultura y Política. Actas IX Congreso de Antropología*. Barcelona, ICA/FAAEE <http://www.ub.es/ica/congreso>.

Caravantes, Carlos M; González Guardiola, M<sup>a</sup> Dolores (2006), "Y sin embargo son ellas las que más hacen por la 'Salud Intercultural'" en "Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural". Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

Castillero Calvo, Alfredo (1973), "Transitismo y Dependencia. El caso del Istmo de Panamá". *Revista Nueva Sociedad* # 5, marzo-abril, pp. 35-50.

— (2007), "Frontera, ordenamiento territorial y poblamiento en Panamá, segunda mitad del siglo XVIII". Conferencia dictada el miércoles 17 de octubre de 2007, durante el Seminario Internacional Territorio, Razón y Ciudad Ilustrada, celebrado en el Archivo

de Bogotá del 16 al 19 octubre de 2007. En prensa en la Revista Tareas. Citado por Guillermo Castro H., Historia, ambiente y cultura de la naturaleza en Panamá, Semanario Peripecias N° 111, 27 de agosto de 2008.

CE (2006), "Recommendation Rec2006 (18) of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society", Strasbourg, Council of Europe.

Changmarin, C. F. (1999), "Mama Chi. El espíritu revolucionario y místico, de Pito Murgas". Santiago de Veraguas, República de Panamá.

Choquehuanca C., D. (2010). "Hacia la reconstrucción del Vivir Bien". América Latina en Movimiento, ALAI, No 452, Ecuador.

Citarella, Menardi (2010), "Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: Desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud" en Campos, Roberto y Citarella, Menardi (ed.) "Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina". Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia.

— (2010), "Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos" en Campos, Roberto y Citarella, Menardi (ed.) "Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina". Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia.

Comelles, J.M. (2004). "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI" en en Fernández Juárez, G. (coord.), "Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural", Quito, Abya-Yala/UCLM/AECI/FCSICIII/JCCM.

Cominsky, Sheila (1986), "El pluralismo médico en Mesoamérica", en "La Herencia de la Conquista, treinta años después" Kendall, Hawkins y Bossen, eds., pp. 172-185, Fondo de Cultura Económica, México.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010), "Informe de pobreza multidimensional en México 2008".

— (CEPAL), sobre la base de Sabine Alkire y Maria Emma Santos (2010), "Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries", OPHI Working Paper, N° 38.

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2006), "Compilación de observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial sobre países de América Latina y el Caribe (1970-2006)". Santiago de Chile.

— (2010), "Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 9 de la Convención. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Panamá". Santiago de Chile.

Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá (1999), "Legislación territorial indígena de Panamá", II Seminario internacional sobre administración de justicia y pueblos indígenas, Costa Rica.

Corredor Martínez, Consuelo (1992). "La modernización y la modernidad como procesos. Los límites de la modernización". Bogotá, CINEP-Universidad Nacional de Colombia.

Crespo, E. y Serrano, A. (2011). "Regulación del trabajo y el gobierno de la subjetividad: la psicologización política del trabajo". En: Ovejero, A. y Ramos, J. (eds.) *Psicología Social Crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Davis, E. (1978). "Situación socioeconómica del grupo Gauymí". UNICEF.

— (2001), "Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe-Buglé". OPS, Organización Panamericana de Salud, Washington.

Declaración de la IV Cumbre de Líderes Indígenas de las Américas (2012). "Tejiendo Alianza para la Defensa de la Madre Tierra". Disponible en: Adital. Noticias de América Latina y el Caribe. Link permanente: <http://www.adital.com.br/?n=cau3>

Descola, P. (1996). "La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los achuar". AbyaYala, Quito.

De Souza Santos, B. (2010), "Descolonizar el saber, reinventar el poder" Ediciones Trilce. Montevideo (Uruguay), 2010.

— (2010) "Para descolonizar occidente. Más allá del pensamiento abismal". CLACSO, Buenos Aires.

— (2012), "De las dualidades a las ecologías". Editado por REMTE (Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía). La Paz (Bolivia).

Diéguez, Julio; Alvaro, Rogelio (2012), "Indigencia y pobreza". Ministerio de Economía y Finanzas, República de Panamá.

Dimaggio, Paul J.; Powell, Walter W. (1983) "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields". *American Sociological Review* 48, pp. 147-160.

Dworkin, Ronald (1994), "El dominio de la vida". Barcelona, Ariel.

Donado Cotes, E. (2007), "Medicina Tradicional Indígena. Un sistema de salud". Ministerio de Salud Panameño (MINSAL), Panamá.

— (2010), "Formulación de la Política Nacional de Salud 2010-2015 con enfoque de interculturalidad en los recursos humanos". Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas, Ministerio de Salud, Panamá. Revisado en <http://slideplayer.es/slide/10324884/>. Consultado el 18/06/2016.

Dunn, F. (1976), "Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems", en Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.

Escobar, A. (2010). "Una minga para el postdesarrollo: Lugar. Ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales". Universidad Nacional Mayor de San Carlos, Lima, Perú.

Estermann, J. (2009). "Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la filosofía intercultural". En: "interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate". Convencio A. Bello, Instituto Internacional Integración, La Paz.

Evans-Pritchard, E.E. (1976), "Brujería, magia y oráculos en los azande". Barcelona, Anagrama.

Fernández Herrero, Beatriz (1989), "El mito del buen salvaje y su repercusión en el gobierno de las Indias". Revista Agora, 8 pp. 145-150. Santiago de Cosmopostela, España.

Fernández Juaréz, Gerardo (Coord.) (2004). "Salud e Interculturalidad en America Latina". Perspectivas Antropológicas. Edit. Abya-Yala, /BOLHISPANIA/ Universidad de Castilla-La Mancha. Quito, Ecuador.

— (2006). "Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos" en "Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural". Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

— (2011) "Claroscuros de la salud intercultural en América Latina", Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En línea], Débats, mis en ligne le 31 mars 2011, consultado el 17 junio de 2016. URL: <http://nuevomundo.revues.org/61188>; DOI: 10.4000/nuevomundo.61188

Field, M. (1976), "The modern medical system: The Soviet variant". En Leslie, C. (ed.) Asian Medical Systems: A Comparative Study. Berkeley: University of California Press.

FIS, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (2008), "Plan estratégico de desarrollo de la Comarca Ngäbe Buglé". GRUDEM, Grupo para el Desarrollo Empresarial, S.A, Panamá.

Flores Martos (2011), "Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos en salud en América Latina", Nuevo Mundo Mundos Nuevos (en línea), Debates 2011. URL: <http://nuevomundo.revues.org/61232>.

Fraser, Nancy (1997), "Iustitia interrupta: reflexiones críticas desde una posición "possocialista". Siglo del Hombre Editores, Santa Fe de Bogota (Colombia).

— (2006), "¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico" de Nancy Frasser y Axel Honneth, Ed. Morata, Madrid.

— (2009), "Escalas de justicia". Helder. Barcelona.

— (2010), "¿Quién cuenta en el mundo? Dilemas de la justicia en el nuevo mundo postwestfaliano". Anales de la Cátedra Francisco Suarez, 44. 311-328. Universidad de Granada, Granada.

García Canclini, Nestor (2012), "Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad". Paidós Buenos Aires.

Gow, D. (2010), "Replanteando el desarrollo: Modernidad indígena y desarrollo moral". Editorial: Universidad de Rosario. Bogotá (Colombia).

Graham Greene, Harry (2013), "Descubriendo al general". Capital Swing. Madrid.

Gudynas, E. (2011), "Más allá del nuevo extractivismo: transiciones sostenibles y alternativas al desarrollo" en Wanderley, F. (2011) "El desarrollo en cuestión. Reflexiones desde América Latina". CIDES/USMA, La Paz Bolivia.

Gudynas, E. y A. Acosta. (2011). "El Buen Vivir más allá del desarrollo. Qué Hacer", DESCO, Febrero/Marzo, Lima.

Hale, Charles R. (2008). "Entre el mapeo participativo y la 'geopiratería': las contradicciones (a veces constructivas) de la antropología comprometida". En Xochitl Leyva et al. Conocimientos y prácticas políticas: reflexiones desde nuestras prácticas de conocimiento situado. CIESAS, Unicach, Programa Democratización y Transformación Global-UNMSM, México.

Hahn, Robert y Kleinman, Arthur (1983), "Biomedical practical and anthropological theory: frameworks and directions", *Annual Review of Anthropology*, 12, p. 305-333.

Haraway, Donna J. (1991) "A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century." *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York; Routledge, p.149-181.

Haraway, Donna J. (1995). "Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza". Madrid, Catedra.

Hernández Castillo, Rosalva Aída (2011). "Hacia una antropología socialmente comprometida desde una perspectiva dialógica y feminista" en "Conocimientos y prácticas políticas: Reflexiones desde nuestras prácticas de conocimiento situado" Chiapas, Ciudad de México, Ciudad de Guatemala y Lima. CIESAS, UNICACH, PDTG-UNMSM.

Herrera, Francisco (1984), "La Revolución Tule: antecedentes y nuevos aportes". Tesis de licenciatura, Universidad de Panamá, 1984.

— (2012), "La evolución de las demandas indígenas sobre la tierra y las respuestas del Estado de Panamá". Quaderns-e. Institut Català d'Antropologia, Barcelona.

Huanacuni, F. (2010). "Vivir bien/buen vivir. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales". Instituto Internacional de Integración, La Paz, Bolivia.

INEC (2016), "Situación de la población. El proceso de la transición demográfica en Panamá" Sección 221. Gobierno de la República de Panamá.

Ingleby, David (2011), "Good practice in health service provision for migrants", En Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee (Eds.), *Migration and health in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: McGraw Hill - Open University Press: 227-242.

Iglesias, C. (2012), "Justicia como redistribución, reconocimiento y representación: Las reconciliaciones de Nancy Fraser" en *Investigaciones Feministas* 2012, vol 3 251-269. Madrid.

J.Jorden, William (1984), "Panama Odyssey". University of Texas Press, Austin.

Joly, LG.; Guerra, S.; Séptimo, R.; Solis, P.N., Correa A., M.D.; Gupta, M.P.; Levy, S.; Sandberg, F.; Perera, P. (1987), "Ethnobotanical inventory of medicinal plants used by guaymí indians in Western Panama, Part I". *Journal of Ethnopharmacology*, 20. Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd., Ireland.

— (1990), "Ethnobotanical inventory of medicinal plants used by guaymí indians in Western Panama, Part II". *Journal of Ethnopharmacology*, 28. Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd., Ireland.

Jordan, Osvaldo (2010). "Indigenous mobilization, institutionalization and resistance: the ngöbe movement for political autonomy in western Panama". A dissertation presented to the Graduate School of the University of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Florida, USA.

Kleinman, A. (1980), "Patients and healers in the context of culture". Berkeley: University of California Press.

Knipper, Michael (2006), "El reo de "la medicina intercultural" y la historia de "la medicina tradicional" indígena contemporánea". En "Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural" coordinado por Gerardo Fernández Juárez, ediciones Abya-Yala.

Laclau, Ernesto (2005), "La razón populista". Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires (Argentina).

Levi Strauss, C. (1987), "Antropología estructural". Ediciones Paidós. S.A., Barcelona.

López García, Julián (2006), "Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de salud en Latinoamérica" pp. 348-373 en Fernández Juárez, Gerardo (2006), "Salud e interculturalidad en América Latina". Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

Mable, A. & Marriott, J. (2001) "A path to a better future: A preliminary framework for a Best Practices Program for Aboriginal health and health care. National Aboriginal Health Organization". Ottawa.

Marín, Bravo; Morales Martín, Juan Jesús (2010), "Modernidad y modernización en América Latina: una aventura inacabada". Nómada. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Madrid.

Martí Puig, Salvador; Wright, Claire; Alwin, José y Yáñez, Nancy (2013), "Entre el desarrollo y el buen vivir". Editorial Catarata. Madrid.

Marion Young, I. (2000), "La justicia y la política de la diferencia". Editorial Catedra, Madrid.

Max Neef, M.; Elizalde, A. y Hoppenhayn, M. (1986). "Desarrollo a escala humana –una opción de futuro". *Development Dialogue*, número especial, CEPAN y Fundación Dag Hammarskjöld.

McCombs, M., y Bell, T. (1996). "The Agenda Setting Function of Mass Communication". En Salwen, B., y Stacks, D. (Eds.), "An integrated approach to communication theory and research" (93-110), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

MEDUCA, Ministerio de Educación (2010), "Estadísticas educativas 2010". MEDUCA, Ministerio de Educación, Panamá.

Menchú Tum, R. (2010). "La salud como un derecho fundamental", XVIII Congreso Internacional en Medicina, Hospital Civil de Guadalajara, México.

Menéndez, Eduardo L. (1990), "Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México D.F.

- (1994), "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?". *Alteridades* (4) pp. 71-83. UAM, México.
- (2000), "Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos", en Perdiguerio E. y Comelles, J.M. (coords.), "Medicina y cultura", Barcelona, Bellaterra, p. 163-189.
- (2006), "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home'. Algunas cuestiones metodológicas" pp. 51-67 en Fernández Juárez, Gerardo (2006), "Salud e interculturalidad en América Latina". Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- (2002), "La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo". Bellaterra, D.L. Barcelona
- (2010), "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas" en Campos, Roberto y Citarella, Menardi (ed.) "Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina". Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia.

Meñaca, Arantza (2006), "La multiculturalidad de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas", en Fernández Juárez, G. (coord.), "Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural", Quito, Abya-Yala/UCLM/AECI/FCSICIII/JCCM, p. 93-108.0

Merrero González, C.M. (2013), "Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios". ENE. Revista de Enfermería. La Palma, Islas Canarias, España.

Merton, Robert K. (1980), "Ambivalencia sociológica y otros ensayos". Madrid, Espasa-Calpe.

Mignolo, Walter D. (2007), "La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial". Editorial Gedisa, Barcelona.

Mignone, J; Barlett, J.; O'Neil, J. (2006), "Prácticas modelo en salud intercultural" en "Diversidad cultural: Múltiples del tiempo presente" Colección Temática – Centro de Estudios Argentino Canadienses.

Ministerio de Salud Panameño y Organización Panamericana de la Salud, "Diagnóstico Situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá 2008-2010". OPS y MINSA, Panamá

Ministerio de Salud de la República de Panamá, Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (2013), "Boletín Estadístico. Anuario 2013". Panamá.

— (2009) "Metas regionales de recursos humanos en Salud 2007-2015"

— (2013), "Situación de salud de Panamá", Panamá.

— (2014), "Indicadores de salud básicos, Panamá 2014", Panamá.

Ministerio de Salud y de Deportes (2010), "Plan sectorial de desarrollo 2010-2020. Hacia la salud universal". Estado Plurinacional de Bolivia.

Ministerio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia (2009), "El vivir bien como respuesta a la crisis global: cambio climático, agotamiento del planeta, crisis del agua, crisis alimentaria, crisis del tiempo, fin de la energía barata, crisis financiera". Bolivia.

Mojica, De Sarah (Comp.) (2000), "Culturas híbridas-No simultaneidad-Modernidad periférica". Wissenschaftlicher Verlag Berlin, Berlin.

Montaigne, Michel de, 1533-1592 (1985), "Ensayos completos/Montaigne: traducción de Juan G. de Luaces". Orbis D.L., Barcelona.

Moreno, Omar A. "Pobreza e Indigencia" (2014). Ministerio de Economía y Finanzas. República de Panamá.

Muela, Joan (2007), "Pluralismo médico en África" pp. 104-116 en "Mujer, SIDA y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales". Médicos Mundi Catalunya, Barcelona.

Nussbaum, Martha C. (2002), "Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades". Barcelona: Herder.

— (2012). "Crear capacidades: Propuesta para el Desarrollo Humano". Paidós Ibérica, Barcelona.

Objetivo de Desarrollo del Milenio (2014), "IV Informe de Panamá 2014". Sistema de las Naciones Unidas, Panamá.

OMS (2002), "Programa de Medicina Tradicional". Ginebra, Suiza

— (2014), "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023". Ginebra, Suiza.

ONU (2010), "Conferencia Internacional del Trabajo. Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones sobre Pueblos Indígenas y Tribales". Panamá.



OPHS (2001), "National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care". Final report, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, Office of Minority Health.

OPS y MINSA, "Diagnóstico situacional y plan de salud para los pueblos indígenas de Panamá 2008-2010". Panamá.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2007) "Convenio Nº 169. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes", OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Lima.

Ovejero, A. (2014) "Los perdedores del nuevo capitalismo. Devastación del mundo del trabajo". Madrid, Biblioteca Nueva.

Ovejero, A. "Cooperación internacional al desarrollo. Nivel I". Instituto de Estudios para la Paz y la Cooperación-IEPC. Oviedo, España.

Oyarce, Ana Maria (1996), "Política intercultural en salud: elementos de una propuesta", en Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas, Saavedra, región de la Araucanía (Chile).

Papillon, M., Cosentino, G. (2004), "Lessons from abroad: Towards a new social model for Canada's Aboriginal peoples". (Rep. No. 40). Ottawa, Canadian Policy Research Networks

Perdiguero, E.; M<sup>re</sup> Comelles, J. (2000), "Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina". Barcelona: Bellaterra.

Perdiguero, E. (2006), "Una reflexión sobre el pluralismo médico" pp. 33-51 en Fernández Juárez, Gerardo (2006), "Salud e interculturalidad en América Latina". Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

Piketty, T. (2015), "La economía de las desigualdades. Cómo implementar una redistribución justa y eficaz de la riqueza". Editorial Anagrama, Barcelona.

PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). "Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Panamá.

— (2014), "Informe Nacional de Desarrollo Humano". PNUD, Programa de las Naciones para el Desarrollo, Panamá.

— (2015). "Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Panamá.

Porras, Ana Elena (1997), "Historias canaleras: Doce testimonios de la transición". Instituto de Estudios Nacionales. Panamá.

— (2005), "Cultura de la Interoceanidad. Narrativas de identidad nacional de Panamá (1990-2002)", Panamá: Editorial Universitaria.

Press, I. (1980), "Problems in the definition and classification of medical systems". *Social Science and Medicine*, 14B:45-57.

Purnell, L. D. (1999). "El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación". *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*; (6), 91-102. Gran Canaria, España.

Ramírez G., R. (2010). "Socialismo del sumak kawsay o biosocialismo republicano", En: "Los nuevos retos de América Latina. Socialismo y sumak kawsay". SENPLADES, Quito.

Rawls, John (1995); "Teoría de la Justicia". Fondo de Cultura Económica. Madrid. España.

Renschler, Isabelle & Cattacin, Sandro (2007), "Comprehensive difference sensitivity in health systems", En Carin Bjömgren-Cuadra & Sandro Cattacin (Eds.) *Migration and health: Difference sensitivity from an organizatioal perspective*: 37-41, Malmö, IMER.

Rivera Cusicanqui, S. (1984), "Oprimidos pero no vencidos". UNRISD, Ginebra.

— (2010). "Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre las prácticas y discursos descolonizadores". Tinta Limón, Buenos Aires.

Rivera Cusicanqui, Silvia y De Souza Santos, Boaventura (2013), "Conversas do mundo". Proyecto Alice CES/UC. Bolivia, <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU>. Consultado el 15/06/2016.

Rousseau, Jean Jacques (1991) "Del contrato social. Sobre las ciencias y las artes. Sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres", Alianza Editorial, Madrid.

Sachs, Wolfgang (1992), "The Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power". Zeb Books Londres.

Salazar de la Torres, C. (2011), "Ética del ciudadano y desarrollo para todos: desafíos desde la diferencia" en Wanderley, F. (2011) "El desarrollo en cuestión. Reflexiones desde América Latina". CIDES/USMA, La Paz Bolivia.

Sánchez Parga, J. (2009). "Qué significa ser indígena para el indígena. Más allá de la comunidad y la lengua". Universidad Politécnica Salesiana y AbyaYala, Quito.

Santamaria, Demetrio (2013), "Universidad Ngäbe-Bukle. Proyecto de Universidad Indígena Intercultural Autónoma en Panamá". Fundación Cultural Ngäbe Bukle, Panamá.

Schumacher, E. F. (1973). "Small is beautiful. A study of Economics as if people mattered". Abacus, Londres.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). "Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017". República del Ecuador.

Seligson, Michael A. (1972), "La tesis de la sociedad dual: Una reexaminación del caso de Costa Rica". Universidad de Pittsburgh. Publicado originalmente en la revista "Social Forces" en

septiembre de 1972, vol. 51, No. 1, pp 91-98 traducido por Susan Berk y revisado por la Dirección de la Revista de las Ciencias Sociales de Costa Rica.

Sen, Amartya K. (1979). "Sobre la desigualdad económica". Editorial Crítica, Barcelona.

— (1984). "Resources, Values and Development". Oxford: Basil Blackwell, G.B.

— (1995). "Nuevo examen de la desigualdad". Alianza Editorial, Barcelona.

— (2000). "Desarrollo y libertad". Editorial Planeta. Barcelona.

— (2011), "Peace and Democratic Society". Cambridge: Open Book Publishers.

Sen, Amartya; Dreze, Jean (2002). "India: Development and Participation". New Delhi: Oxford University Press.

Sen, Amartya K.; Stiglitz, Joseph; Fitoussi, Jean-Paul (2010), "Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up". London: The New Press.

Sinclair, G.F. (1988) "Movimiento Profético e Innovación Política entre los Ngöbe (Guaymí) de Panamá". Universidad Nacional de Panamá, Panamá.

— (1990). "Cosmovisión, sistemas cognitivos y enfermedad entre los amerindios en Panamá". Seminario, Mimeo.

Speed, Shannon (2003). En este libro. "Forjado en el diálogo: hacia una investigación activista críticamente comprometida". En Xochitl Leyva Solano et al. "Conocimientos y prácticas políticas: reflexiones desde nuestras prácticas de conocimiento situado". CIESAS, Unicach, Programa Democratización y Transformación Global-UNMSM, México.

Stiglitz, Joseph, E.; Sen, Amartya; Fitoussi, Jean Paul (2009). "Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social". Paris, Francia.

Svampa, M. (2013). "Extractivismo en América Latina. El Consenso de las Commodities", "Le Monde Diplomatique (Argentina)", año XIV, nº 168.

Taylor, Charles (1993). "El multiculturalismo y la política de reconocimiento". Fondo de Cultura Económica, México.

Todorov, Tzvetan (1998), "Cruce de culturas y mestizaje cultural". Júcar Universidad, Madrid.

Torrez E., M. (2001). "Estructura y proceso de desarrollo del Qamaña / espacio de bienestar". Pp 45-67, En: "Aymar ayllunakasan qamawipa. Los aymara: búsqueda de la qamaña del aully andino" (S. Yampara et al., coords.). Ediciones Qamañpacha, La Paz.

Taylor, Charles (2001), "El multiculturalismo y la política del reconocimiento". Fondo de Cultura Económica, México.

Valverde, Zelibeth (2013), "Situación de salud Panamá 2013". MINSA, Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. República de Panamá.

Velásques Runk, Julia; Martínez Mauri, Mónica; Quintero Sánchez, Blas; Sarsaneda Del Cid, Jorge (2012), "Pueblos indígenas en Panamá: Una bibliografía". ACUN (Acción Cultural Ngöbe), Panamá.

Vergés de López, Claude; Farinoni, Noemi D. (1988). "Mujer ngöbe: Salud y Enfermedad". Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá. OPS/OMS, Panamá.

Viaña, J. (2009). "Interculturalidad crítica y descolonización: fundamentos para el debate". La Paz (Bolivia): Instituto Internacional de Investigación, Convenio Andrés Bello.

Wolf, Jonathan; De-Shalit, Avner (2007), "Disadvantage". OUP Oxford, Oxford Political Theory

World Health Organization (1978), "The promotion and development of traditional medicine". Geneva: WHO.

— (2002), "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005". Geneva: WHO.

Young, D. Philip (1970), "Notas sobre la evidencia etnohistórica para la continuidad estructural en la sociedad guaymí" Publicado en inglés en "Ethnohistory", Volumen 17, Número 1-2. Traducción de Alba L.Jaén y Milton R. Machuca. Instituto de Smithsonian de Investigaciones Tropicales, Panamá.

— (1977), "La trayectoria de una religión: el movimiento de los Mama Chi entre los Guaymíes y sus consecuencias sociales". Ponencia presentada en la Universidad Santa María la Antigua en el Congreso de Antropólogos Americanistas, Panamá. Instituto de Smithsonian de Investigaciones Tropicales, Panamá.

Wallerstein, I. (2006), "Análisis del sistema mundo". Siglo XXI, México.

Zolla, Carlos, et al. (1983), "Medicina Tradicional y Enfermedad", Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

## **ANEXO: ENTREVISTAS INDIVIDUALES Y GRUPALES TRANSCRITAS.**

## Contenido:

### A . E n t r e v i s t a s a a c t i v i s t a s y e x p e r t o s .

A.1. Activista ngöbe del M-10 (Movimiento 10 de Abril), también denominado Coordinadora de la Recursos Naturales e Hídricos de la Comarca Ngäbe Buglé. .... 1-6

A.2. Experto en movilización política ngöbe y dirigente de una entidad social ambientalista. .... 1-7

A.3 Experto en gobernabilidad del PNUD. .... 1-6

Entrevista grupal en la Universidad Ngäbe Buklé con A.5. Presidente de la Fundación Ngöbe Buklé, A.6. Rector de la Universidad Ngöbe Buklé, A.7. Abogado de la Universidad Ngöbe Buklé, A.8. Profesor de la Universidad Ngöbe Buklé y Cacique local de la Comarca Ngäbe Buklé. .... 1-18

### B . E n t r e v i s t a s a m é d i c o s t r a d i c i o n a l e s .

B1. Presidente de Ichi Druribo. .... 1-6

B2/B3 Médicos tradicionales de Ichi Druribo ..... 1-7

B4. Presidenta de ASASTRAN. .... 1-4

B5. Médica tradicional de ASASTRAN..... 1-6

B6 Médico independiente o no asociado. .... 1-5

### C . P e r s o n a l d e l M i n i s t e r i o d e S a l u d .

C1. Director de Asuntos Sanitarios Indígenas. .... 1-6

C2. Directora Centro de Salud de Bisira en la Comarca Ngäbe Bugle. .... 1-4

Entrevista en Centro de Salud de Bisira a C2. Directora del Centro de Salud de Bisira, C3. Enfermera no indígena, C4. Enfermera indígena, C5. Enfermero no indígena, C6. Estadística del Centro de Salud, C8. Farmacéutico del Centro de Salud ngöbe. .... 1-9

Entrevista a C7. Enfermero del Centro de Salud de Bisira ngöbe y C8. Farmacéutico del Centro de Salud ngöbe. .... 1-6

C9. Mediadora del MINSA para los médicos tradicionales, no nativa. .... 1-3

## A. Entrevistas a activistas y expertos.

---

### A.1. Activista ngöbe del M-10 (Movimiento 10 de Abril), también denominado Coordinadora de los Recursos Naturales e Hídricos de la Comarca Ngäbe Buglé.

*Realizada por Skype en noviembre de 2015.*

**Entrevistador (E):** Empecemos, la primera pregunta sería sobre la Coordinadora de los Recursos Hídricos y Naturales de la Comarca

**Ambientalista ngöbe (AN):** Ok

**E:** ¿Me puedes contar un poco su historia?, ¿cómo empezó?, lo que conozcas...

**AN:** Claro (risas)... acuérdate que yo pertenecí a la Coordinadora, pertenezco a la Coordinadora. La Coordinadora nació precisamente en el 2010 cuando el presidente Martinelli inició la modificación del sistema de elecciones. La modificación del decreto de la Carta Orgánica el decreto 194 de 1999, allí se dio la primera manifestación, expresión de manifestación de la Coordinadora. El presidente Martinelli modificó la Carta Orgánica con el decreto 567 de 2010, así nació la Coordinadora.

En 2011 la Coordinadora se manifiesta en calle contra el presidente Martinelli por los anteproyectos mineros conocidos en ese tiempo, la ley 8. Así son los primeros principios de la Coordinadora, la causa por la que nace y corresponde a líderes comunitarios, a líderes políticos, a líderes tradicionales de las tres provincias que tocan la Comarca Ngöbe Buglé, el territorio de Ño Kribo que corresponde a la provincia de Bocas del Toro, Kodrini que corresponde a la provincia de Chiriquí, Nedrini también corresponde a la provincia de Chiriquí, aunque Kodrini toca parte de Veraguas, Chiriquí y una parte de Veraguas.

**E:** ¿La finalidad de la Coordinadora era exclusivamente en contra de los proyectos de las hidroeléctricas y de la minería o había algo más?

**AN:** Realmente nació por razón que se entendió las razones del presidente para cambiar las elecciones de los líderes tradicionales, de hecho, lo modificó. Modificó el sistema, modificó el sistema de elección de los líderes tradicionales con el decreto 537, cuando él logró eso se establece un sistema parlamentario que es distinto de lo que se hacía en la Comarca tradicionalmente, de hecho es el sistema que está ahora mismo, el sistema parlamentario.

Y la Coordinadora nace precisamente, viendo las intenciones del presidente, cuando inicia a interferir en el sistema tradicional de elecciones de líderes de la Comarca de ahí sale la misma discrepancia con el anteproyecto de la ley 8 y en ninguna de las dos cuestiones escucho. Pero lo que más pasó fue lo de la minería..., eso fue lo que más pesó, eso..., al final no hubo acuerdo por el tema de..., por el decreto 537, eso provocó una división en la Comarca, sin embargo la Coordinadora toma la batuta y nace como organización popular para enfrentarse lo que era la ley 8. Realmente lo que era..., cuando nace la Coordinadora la Comarca estaba sin líder, no tenía cacique, esa fue una de las causas porque la Coordinadora tomó la dirección de la lucha contra la minería y el desarrollo de proyectos hidroeléctricos.

**E:** ¿Cómo era la norma para elegir antes a los líderes comunitarios o los líderes de la Comarca?, ¿cómo se elegían?

**AN:** Los líderes en el tiempo... lo que se hacía era una convocatoria masiva, se elegía un lugar, una de las 3 regiones que te mencioné, Ño Kribo, Kodrini o Nedrini para hacer la elección del cacique general. Allí se elegían o se rectificaban las autoridades de los caciques en masa, así se llamaba congreso general en masa, se reunían todos los líderes y no solo los líderes, la gente del pueblo a elegir a su líder de forma masiva en una votación única que se hacía en un lugar elegida por las autoridades vigentes del momento y se ratificaba en una asamblea. En una asamblea popular masiva.

**E:** Además de estos cambios en la forma de elegir a los líderes, se están dando más cambios en la Comarca en término de las tradiciones. ¿Qué opinión tienes sobre esto?, sobre el tema de las tradiciones y que estén cambiando tanto en la Comarca

**AN:** Bueno, el tema de pueblo ngöbe, en este caso la tradición ha cambiado bastante desde los enfrentamientos en la conquista. Fuimos expulsados de nuestros territorios ancestrales, obligados a buscar otros territorios que son los asentamientos que tenemos ahora y que son reconocidos en la ley 10. De hecho el pueblo ngöbe tuvo que arrastrar ciertas cosas y hacer suyas, la forma de vestir, muchas cosas... Tradicionalmente puedo decirte nuestros jóvenes están tratando de proteger la parte de la cultura que se haya mantenido, y las adaptaciones que se hayan tenido que hacer como propias..., que se reconocen como propias ya, el vestido, la danza que se mantiene... Ya están aceptadas y reconocidas en la Comarca, el vestido, las danzas que se mantienen.

El mismo sistema de subsistencia está cambiando por el modelo global, está obligando..., está cambiando el mecanismo de supervivencia, de subsistencia.

**E:** Un día estuvimos conversando, me comentabas que lo que más había cambiado la Comarca las tradiciones, más que el estado, más que las empresas multinacionales extractivas, las hidroeléctricas, la minería, creo que me comentabas que eran las religiones cristianas y católicas. Que tú creías que era lo que más había influido a cambiar la Comarca y las tradiciones...

**AN:** Lo que te decía es que la iglesia ha tenido bastante que ver en los cambios culturales de la Comarca. Por su..., por estar dentro del territorio, la iglesia católica y la iglesia evangélica ha cambiado mucho el pensamiento, la cosmovisión del pueblo, porque en cierta forma hay costumbres que se perdieron, que se dejaron de hacer precisamente por razones de religión que corresponden con la religión católica o la religión protestante del cristianismo, hablando del cristianismo.

**E:** Y me comentabas el tema de los sukias que perdieron poder como líderes espirituales. Fueron las religiones católicas y protestantes las que les quitaron el liderazgo.

**AN:** Los sukias en este caso conocidos como los sabios que eran los que manejaban la parte de la medicina tradicional y la espiritualidad del pueblo han sido..., socavada por la religión protestante y la religión católica eso es una realidad, en este tiempo la presencia de los sukia es casi invisible en la Comarca. Se habla, se conoce, pero no es una cosa..., no es una cosa que se consulte ni una norma de consulta allá, tanto en la medicina tradicional como en la parte



espiritual es lo que más tuvo decadencia por la intervención de la cultura, de una cultura distinta.

En este caso por causa de la medicina, ya hay centros de salud, con enfermeros..., la gente busca los centros de salud... comunes... Y eso existe en los sitios más apartados donde no hay centros de salud, los sabios como se conoce al sukia, la gente también le dice curandero, como traducción. Son los que buscan la gente, pero estos son los que están apartados y no tienen acceso a medicina convencional

**E:** Pero en la Comarca, también hay botánicos empíricos, botánicos tradicionales y parteras tradicionales

**AN:** Eso es lo que estoy diciendo... algunos han conservado ciertos conocimientos, no un conocimiento amplio. De hecho esto se produce porque la zona donde el pueblo se va obligado a irse, a retirarse, no contaba con la vegetación necesaria para seguir cultivando la medicina como se cultivaba donde vivían ancestralmente. Me explico, ya no había acceso a ese espacio natural, a ese recurso natural para seguir practicando al nivel que se hacía... precisamente por ser tierra muy árida, con poca vegetación también llevo a eso. Aunque el curandero sigue, la presencia del curandero sigue, del sukia, del sabio, del médico tradicional todavía sigue, incluso ahora mismo se está hablando sobre una ley de medicina tradicional para los pueblos indígenas. Eso... tratando de mantener y recuperar el conocimiento ancestral un derecho de los pueblos indígenas, no solo del pueblo ngöbe.

Pero si la intervención de la iglesia y la educación en sí mismo, la educación en el marco global global... toda eso... la cultura en si misma ha llevado y así hay bastantes modificaciones en cuanto eso, costumbres, cultura...

**E:** Y en cuanto al futuro de lo que es las tradiciones, la cultura y la cosmovisión ngöbe. ¿Tú como lo ves?, ¿crees que podrá resistir toda esta globalización, toda esta formas de vida tan agresivas, que tienen tanta fuerza, o seguirán perviviendo la tradición y la cosmovisión ngöbe?, ¿cómo lo ves?

**AN:** Como te digo, veo con muy buenos ojos el trabajo de muchos jóvenes universitarios, docentes, y la recién ley 88 de educación intercultural bilingüe donde dictan ciertos parámetros... eso da cierta esperanza. Y algunos trabajos que hacen estudiantes universitarios en el marco del rescate de la cultura, me da la impresión que podemos, por lo menos, sostener lo que existe ahora, lo que existe ahora es rescatable, puede mantenerse...

**E:** Lo que estaba viendo yo, es que hay diferentes posiciones. Hay posiciones que están a favor del intercambio de experiencias, Asastran, Ichi Druribo, la universidad ngöbe, hay organizaciones que están a favor de la mezcla pero hay algunos, por ejemplo algunos Mama Tadta que no están a favor de compartir su conocimiento, el intercambio de experiencias, de asumir algo que es ajeno a su cultura... ¿cómo ves esas dos posiciones?, ¿con cuál te sientes más identificado?

**AN:** Con lo de Asastran, no es que estemos a favor..., estamos obligados a ver cosas que son distintas... por el momento que estamos viviendo. Por ejemplo por el tema de las

hidroeléctricas que me preguntas... el pueblo ngöbe en su cosmovisión es de aguas libres y no vivir con las aguas repesadas. Porque hasta el momento no era nuestra... no era necesaria, pero ahora con el asunto del consumo energético, el cambio... y de la globalización, algunos hemos entendido, algunos de nuestros líderes han entendido que de alguna manera, nosotros no aprendemos a manejar nuestros recursos o habilitarlos por usar una palabra más correcta. Sino aprendemos a administrar nuestros recursos, de alguna manera vendrá un dirigente de afuera a administrarlos, pero no nosotros, ellos... hablando del marco del agua que es necesario... En el caso de la minería, si estamos claros que no queremos la propuesta minera como desarrollo y de conservación, y subsistencia del pueblo ngöbe pero si entendemos que administrar el recurso es importante, debido a la demanda del recurso y a la necesidad. Por ejemplo dentro del territorio ngöbe se está tratando de implementar la universidad, y en los mismos distritos donde está Asastran, hay 5 extensiones universitarias, no tienen infraestructuras, no tienen energía eléctrica y no tienen que atender en la noche, tienen que atender en la tarde y en algunos casos, lo que dificulta un servicio integral, no tiene el recurso, en este caso la electricidad, acorde con lo que se requiere. Por ejemplo, colocar un indígena en su territorio con el mismo desarrollo humano que en el resto de la nación, tú no vas a tener... en cuanto al desarrollo humano el PNUD dice que el desarrollo humano en , Panamá está 7.8 y en la Comarca está 4.8 digamos... y es una verdad... estamos absorbidos por el mercado, por el sistema... La gente Mama Tadtá de por sí no va a mandar a sus hijos a la escuela, esconderse del resto del mundo..., sin embargo los que no compartimos esa idea, no la compartimos eso porque vemos..., ahora que estamos en la investigación... en buscar soluciones..., vamos a seguir en la misma decadencia, en la misma necesidad y nuestros niños van a seguir sufriendo lo de siempre. Eso es lo que al menos, lo que por lo menos queremos disminuir y realmente los alcances del desarrollo, toquen y permeen en el territorio, en la Comarca...

**E:** ¿Qué idea de desarrollo defenderías para la Comarca?

**AN:** Lo que piensa, en cuanto al recurso del agua, una de las causas fundamentales de conflicto aquí en Panamá, nosotros hemos..., los caciques han comprendido que con el proyecto hidroeléctrico se haga algún tipo de proyecto mixto, que parte de ese proyecto se quede en el municipio que está interviniendo y una parte le quede a una empresa privada, podía decirse así... Ese un mecanismo que hemos pensado que puede resultar y con eso comenzar a desarrollar otras cosas, el tema minero no lo tocamos, porque los caciques están solicitando... líneas, líneas de transmisión de energía para la Comarca... eléctrica

Y como se está solicitando... tenemos que hacer algo en este marco..., en la misma manera que demandamos... y de ahí ofrecer un programa turístico, cultural dentro de la Comarca. Porque dentro de la Comarca se pueden estudiar lugares históricos que son también turísticos, y de hecho cuando abrimos escuelas y extensiones universitarias eso también es un aporte a la Comarca en términos de desarrollo porque también nuestros estudiantes tienen oportunidad de estudiar en su medio, en su propia casa, no tienen que emigrar para buscar ese tipo de educación, pueden permanecer en su territorio y eso mismo también es un aporte a la Comarca en el marco del desarrollo

**E:** Pero este desarrollo tiene el riesgo de atraer carreteras, construcción, que tenga efectos ecológicos perniciosos y efectos culturales que acabe con muchos de los hábitos que tiene tradicionalmente el pueblo ngöbe... En torno a las plantas, en torno a la relación con la naturaleza, ¿no puede afectar este desarrollo estas formas de vida tradicional?

**AN:** Bueno, de hecho te repito... lo tradicional ya se afectó hace mucho tiempo, hace mucho tiempo, lo que se trata es de sostener y mantener lo que existe ahora, ya la parte tradicional, la parte religiosa, incluso la parte de atención en salud ya está afectado hace mucho tiempo. Hay intervención de medicina convencional..., la que conocemos todos ahora por vías químicas... Hay centros de salud funcionando y hay lugares donde no hay centros de salud, y esos son los lugares... los que asisten a los curanderos, a los conocimientos en medicina tradicional pero son poblaciones muy alejadas precisamente en que se está pensando en toda la población se está buscando una forma de desarrollo en toda la comunidad, con las carreteras también... todo eso se está pensando y todo eso se está buscando. De hecho, se estado hablando con el gobierno central, nuestras autoridades están interviniendo para que las carreteras lleguen, los accesos lleguen a más población y eso..., pero es eso lo que buscamos ser autosuficientes, no dependientes, en el marco del desarrollo, el pueblo ngöbe lo que busca es ser autosuficiente... la autodeterminación...

**E:** Ok, y ¿cómo mantenerse autosuficiente?, ¿cómo poder tener autodeterminación?

**AN:** Nosotros buscamos administrar nuestro recurso, manejar nuestro recurso... de tal manera que los perciban... los beneficios de nuestros recursos... que sea la comunidad, que sea la sociedad, que no sea solo la acaparación de riqueza como es el sistema capitalista, el acaparamiento de riquezas en manos de unos cuantos, por ejemplo de las entidades financieras, ese es el modelo, ese es el modelo que todo el mundo está manejando, nosotros tratamos que eso no se dé, no se continúe, por lo menos en la Comarca Ngöbe. Queremos una administración del recurso donde el pueblo, donde el pueblo perciba y sea garante de la ganancia, de la administración del recurso, que al momento de darse cualquier concesión, de un recurso, en este caso del recurso agua que te estoy hablando. Nosotros podamos participar de acción y de la ganancia en el marco de la explotación de ese recurso, a eso me refiero... No se trata de dejar que lo exploten, se trata de participar, dentro de..., de ese cuerpo de ganancias... el modelo que existe dentro de nuestro país...

**E:** Que interesante, ¿y cómo ves la respuesta del estado?

**AN:** En este momento estamos en discusión con el gobierno con una hidroeléctrica que no pueden hacer, es la hidroeléctrica de Barroblanco, estamos dirigiendo en ese camino. En este camino de..., de llegar a un acuerdo porque la propuesta es..., nuestra propuesta es no el gobierno, el estado adquiera el proyecto y se dé una participación del pueblo ngöbe en las acciones y en las ganancias en la facturación anual de ese proyecto, eso es lo que estamos proponiendo. Para que se desarrolle el proyecto y se lleve a cabo completamente dentro del territorio comarcal. Estamos en el diálogo con el gobierno ya determinando los parámetros para llevar a cabo esta propuesta, que tipo de desarrollo..., en el tipo de desarrollo minero allí, y allí esta ley que lo prohíbe, ese es un logro del pueblo que no pretendemos ceder así tan sencillito de hecho nuestra misión no es un mecanismo de desarrollo para nosotros...

**E:** Ok, no me quedan más preguntas..., pero como última pregunta, ultimísima, mi percepción es que... no veo en el estado una suficiente concienciación referente al tema indígena, ¿cómo lo ves?, ¿tú ves que está cambiando?

**AN:** En el tema del desarrollo, ¿lo que te estoy hablando?...

**E:** En el tema de desarrollar realmente las Comarcas...

**AN:** Si el estado está consciente, con todo este enfrentamiento que no solo se ha dado en el gobierno de Martinelli y también se ha dado con Varela, con el presidente Varela y en función de esto, el gobierno ya tiene claro que la participación del pueblo ngöbe y los reclamos del pueblo ngöbe son legítimos. Incluso ha permitido que otras partes de la ciudadanía participen. Nosotros como pueblo ngöbe pedimos la participación y el resto de la nación ha comprendido y está bastante cambiando su idea en cuanto a ese marco. El estado, el estado está cambiando su pensamiento bastante, bastante, bastante aceptable...

**E:** Y la población latina, ¿tú ves que ha habido un cambio en la población latina hacia esta realidad...?

**AN:** Definitivamente, definitivamente..., esto se ha logrado con el pueblo ngöbe y con la solidaridad, en parte de la población latina,.... Si bien es cierto que le hemos tenido que explicar al resto de la población porque estamos peleando, porque nos sentamos en una mesa de diálogo con el gobierno, que buscamos con eso..., que buscamos cuando nos enfrentamos al gobierno. Todo eso, todo eso se ha tenido que explicar en los medios, de radio, de televisión, en los medios de comunicación alternativos... se ha desarrollado una comunicación para exponer nuestros motivos de propuestas y nuestras demandas a los gobiernos...

**E:** Ya no tengo más preguntas, muchísimas gracias...

**AN:** Esos es lo que te puedo decir en torno a la Coordinadora, la Coordinadora tuvo su momento, su momento de participación, no es movimiento que represente legalmente al pueblo, en ese momento se creó como movimiento, no es una institución. Existen las instituciones como son los caciques, los congresos, generales, regionales y locales, no es... 9 congresos locales, 9 caciques locales, 3 congresos regionales, 1 cacique general, un congreso general, esa es la institución, la institución de gobierno que existe. Ya te dije que la Coordinadora nació cuando Martinelli descabezó la Comarca y pueblo tuvo que tomar medidas para enfrentarse al autoritarismo del presidente, de entonces presidente entonces Ricardo Martinelli...

**E:** Muchísimas gracias

**AN:** Espero haber contestado a tus preguntas...

**E:** Desde luego que sí

## A.2. Experto en movilización política ngöbe y dirigente de una entidad social ambientalista.

*Realizada en noviembre de 2015 por Skype.*

**Entrevistador.-** Primero quiero que me cuentes tú trabajo sobre los ngöbes, ¿en qué consiste tú trabajo y tú trayectoria?... que me cuentes tú trayectoria profesional en relación a los ngöbes, intelectual y académica, no solo profesional...

**Activista y Experto No Nativo.-** Bueno, si este mira..., como lo puedo poner... La tesis de doctorado terminó en el 2010 y mucho de lo que está en la tesis de doctorado refleja el trabajo que yo hice entre 2005 y 2010, en ese periodo. Lo que creo que vale más la pena hablar o que digamos... no se puede encontrar ahí, es ¿cómo terminé trabajando allí antes del 2005?, y lo que ha pasado después, eso no lo he escrito y estoy un poco angustiado por eso, si algo yo quiero hacer es...

Primero no he publicado la tesis de doctorado, ni la he publicado como tal, en Estados Unidos porque una tesis no se considera cien por ciento una publicación y tampoco la he publicado en español, ese un proyecto que quiero hacer pronto. Que ha ocurrido los últimos 5 años y mucho del material ponerlo en español, lo único que tengo en español es el artículo que tú conoces también refleja el último periodo, el periodo 2005-2010.

Antes de 2005 no he hablado mucho, después del 2010 necesito sacar algo, realmente paso mucho, mucho interés, incluso hay una persona que está dispuesta a poner eso en un folleto pequeño, que es la manera más fácil de publicar en Panamá que tiene más impacto, entonces eso es algo que tengo que hacer.

Pero, ¿cómo terminé yo allá? Yo no vengo del tema indígena, no vengo de áreas indígenas, este..., lo que se considera indígena en Panamá... Pero si vengo del tema ambiental, yo soy un activista ambiental desde la adolescencia, desde que estaba en la escuela secundaria y lógico cuando tú estás en la actividad ambiental te interesa mucho los sitios de riqueza natural y buscando esos sitios de riqueza natural viajábamos por todo el país y terminamos yendo a las áreas indígenas, recuerdo..., casualmente estaba recordando estos días, había compañeros y compañeras con mayor experiencia que nos hablaban del tema de los indígenas, y me parecía interesante por lo que ellos decían pero yo no sabía nada, estaba todavía en la universidad, en los grupos ambientales en la universidad y luego recuerdo la primera gira que hice a un área indígena, me acuerdo porque casi que voy hace unos días, hubiera sido bien interesante porque no he vuelto en casi 20 años, pero era una de las comunidades emberá aquí en cuenca del Canal... Practican el turismo pero no es la más turística, hay otra que es más turística, ha esa si he ido un par de veces, pero la que está más alejada yo fui y fue una experiencia muy interesante que no terminaba de comprender pero es como el comienzo...

Pero luego cuando empecé a trabajar con el Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación trabajé en Bayano, y en Bayano estaba todo el conflicto con los indígenas, y la afectación que se había dado... Entonces allí seguí visitando y el tema me interesaba pero no era mi temática principal, mi temática principal era las políticas ambientales, siempre me interesaron y los conflictos ambientales me fueron interesando. Los conflictos ambientales empezaron a darse en Panamá en los últimos 20 años y entonces me pareció que el tema de los conflictos era interesante, cuando fui a hacer la maestría en la Florida...dije bueno por lo menos para la

maestría merecería hacer algo en un área de alta complejidad, un área que fuera internacionalmente ideal por eso descarté Azuero que era un lugar que me gusta mucho, siempre he dicho que es el lugar donde más me gustaría trabajar en Panamá aunque ya creo que no voy a trabajar allá... Hay conflictos pero no la clase de peligro social que hay en otros lados de Panamá. Entonces Azuero porque Azuero es cien por ciento Panamá pensé que podía trabajar en el lado oeste frontera con Colombia o el lado este frontera con Costa Rica y una amiga, una buena amiga seguimos siendo colegas y colaboradores en cierta manera..., había hecho su tesis de maestría en el área de Darién, ella había trabajado en Darién, eso estamos hablando en el 98 y decir bueno... no tiene tanto sentido hacer eso nuevamente el trabajo de ella era bueno, el conflicto en Darién se había empezado a calentar fuertemente con los paramilitares y todo aquello..., entonces voy a trabajar en el otro lado del país, voy a trabajar en el lado occidental empecé a hacer las revisiones de literatura, empecé a ver el tema y lógicamente el tema indígena saltaba a la vista porqué esa es el área de mayor diversidad étnica de toda la región, bueno cuando ya llegas al área maya es diferente. Pero solo el área maya y el occidente del Amazonas esa región tiene una diversidad étnica un poco inexplicable pero hay muchos diferentes grupos con diferentes idiomas y luego cuando visité el área de Changinola primera vez en vida diciembre de 1998, saltaba a la vista, en Bocas y los que vivimos en Panamá no lo entendíamos... La mayoría que vive en Bocas son indígenas, no son afros, en el imaginario del bocatoreño en Panamá es el imaginario de un afro, en Bocas hay gente afroantillana, pero la realidad es que la mayoría son indígenas, entonces..., ya era inevitable... Cuando yo hice la tesis de maestría empecé a entrevistar en el área que se estaba haciendo una nueva carretera, la mayoría era indígena, vi que las comunidades se diferenciaban completamente, comunidades indígenas, comunidades no indígenas... que había un "ethnic cleavage", una diferencia étnica entre las dos poblaciones, realmente entre las dos poblaciones, ...que no eran indígenas aunque fueran afro..., tuvieran otra ascendencia... tendían a sentirse que eran bocatoreños, los indígenas era otra cuestión, entonces eso me interesó mucho y también me dio la impresión que había que hacer algo... por esa razón es por la que fundamos la ONG, desde un principio trataba de centrarse en esos temas, ¿no?, de cultura, de pobreza, de desarrollo, creo ya hablamos de desarrollo alterno no hablábamos de megaproyectos en esa época. Porqué la visión con la que yo empiezo la ONG es casi una consecuencia de la tesis de maestría, y da una visión de desarrollo, desarrollo sostenible, desarrollo comunitario, ¿no?, con algunas variantes un poco más progresistas pero en general yo decía que tenemos que ayudar una situación que yo no conocía, yo crecí con ella pero que me parecía complicada, potencialmente explosiva y que podía degenerar, entonces así es que empezamos...

Yo terminé la tesis de maestría en el 2000, hice una tesis que está en línea, está más publicada que la del doctorado pero era algo mucho más descriptivo, pero si me ayudó a entender lo que estaba pasando allí y luego entonces cuando regreso a Panamá, optó por no integrarme en alguna de las organizaciones ya existentes sino por crear una nueva organización con gente que teníamos una visión bastante común que habían trabajado en alguna de las otras regiones del país, entonces pensamos que había que hacer algo...

Así termino viendo el tema indígena y para la tesis doctoral, ya de una manera mucho menos explícita mi propósito era ver el tema indígena, el tema étnico, y asociado a conflictos, ya el

tema medioambiental se va quedando atrás. Entonces lo que vi es que lo que me interesa no es ver el movimiento ambiental sino ver el movimiento indígena, entonces yo lo empecé a hacer sin que nadie le diese demasiada atención aquí en Panamá. O sea hablar de eso en el año 2002, que yo empecé la tesis doctorado era bastante exótico y extraña, incluso recuerdo aquí enfrente, enfrente de mi oficina, enfrente una persona que respeto mucho es alguien de la academia pública en Panamá, me dijo que en Panamá hay dos movimientos sociales, eso me lo dijo con cierta..., con cierta..., como diciendo que en Panamá no hay más activismo, eso me lo dijo en el año 2009, era una persona muy prominente del movimiento ambiental y hoy político. En Panamá hay dos movimientos sociales, los trabajadores y los maestros, yo tuve en la punta de la lengua, porque en el 98 tenía ya casi 10 años investigando el tema, estuve en la punta de decirle no, también el movimiento indígena pero no me atreví.

Para el imaginario panameño los indígenas eran sujetos de necesidad, pobres, abandonados, un poco como... retrasados en el sentido de que no estaban acostumbrados a la modernidad y con una cultura inferior. Esa era como la sociedad panameña lo veía y yo tenía 10 años viendo una cuestión distinta y ya de lleno en la tesis doctoral, ya lo había estado investigando entonces la tesis de doctorado pues es buena en el sentido que muestra que era lo que estaba pasando y como ocurrieron los grandes conflictos. Los grandes conflictos cuando saltaron a la opinión pública eran de 2010, 2011, 2012, esos tres años. La tesis termina en mayo..., ni siquiera en mayo..., mi tesis cierra en noviembre de 2009, entonces estamos hablando que te muestra para donde iba el asunto, si tú la lees te das cuenta de que básicamente estoy diciendo hay nubes va a llover. Pero en general... me tocó explicárselo a gente que tiene posiciones muy influyentes hoy en día y la gente no lo veía de esa manera, lo veían distinto, y quizás yo también lo vería de esa manera sino me hubiera tocado pasar tanto tiempo con ellos y entender desde el punto académico que había ocurrido, como llegaron al activismo. Como te decía, el tema era totalmente académico y lo que quería mover como acción era desarrollo, desarrollo alternativo, desarrollo sostenible, no incidencia política ni nada de esas cuestiones. Y nosotros empezamos, los primeros proyectos de la ONG en el área naso, en el Teribe, y era un proyecto de ecoturismo y era un proyecto de etnobotánica. Por falta de financiamiento... era que habíamos dejado eso..., cuando los propios naso nos escriben viene una hidroeléctrica y la situación es muy grave, la primera reacción mía fue... estas exagerando..., bueno debe haber una hidroeléctrica..., no debe ser tan terrible... Cuando yo hago una gira, yo veo que no se están siguiendo los procedimientos y la situación es bastante complicada, hoy nos reunimos a nivel de la ONG y decidimos que nos vamos a involucrar pero de una manera muy controlada, que no íbamos a entrar en eso pero en una manera muy controlada, las circunstancias obligaron a que nos metiéramos más y al año siguiente ahí yo tomé la decisión de entrar en el tema ngöbe, en base de lo naso entramos en lo ngöbe.

Empezamos el activismo de la ONG en relación a megaproyectos y conflictos entre 2005 y 2009, y en paralelo yo estoy haciendo una investigación académica por bastante tiempo trate de tenerlo separado, hasta que muchas personas me dijeron no lo interesante es ver lo que está pasando junto, yo decía yo estoy demasiado involucrado, yo conozco a la gente y tengo cierta simpatía a todo aquello pero casi por una razón, casi práctica termine juntando. Así aparece el artículo, yo regresé de..., de haber pasado en la parte de la investigación, yo regresé a Panamá de doctor en 2005 y regresé a Estados Unidos en el 2008, y ese fue el periodo donde

estalló ese tema de los conflictos por megaproyectos que la ONG se involucró de lleno en eso, entonces el artículo recoge mucho de eso, prácticamente me senté y escribí lo que había pasado en ese periodo y luego como no podía acabar la tesis doctoral estaba super varado..., estaba super varado..., decidí incorporar eso en la tesis doctoral, y eventualmente eso se convirtió en básico, pero cuando yo empecé a escribir en el 98..., no necesariamente iba para allá, no perdón quiero decir cuando empecé a escribir en el 2008 no necesariamente iba para allá, y luego cuando termina el producto en el 2010 después de tanto tiempo y tanto sobresaltos, le da mucho énfasis en ese tema. Así un poco... que le he metido el asunto luego regreso a Panamá y el trabajo me obligó a separarme un poco de eso... que no seguí escribiendo ni nada, empecé a ver otras aristas en otros países pero no me podía meter de lleno en el tema del conflicto, por la naturaleza de la organización, y bueno siento que ahí se perdió algo, pero la ONG ha mantenido...nunca el nivel de actividad que existió entre 2005 hasta el año 2009, un periodo muy extenso de la ONG, en el que no solo participaba yo, participaban otras personas muy talentosas, muchas de las cuales no viven en Panamá ya..., difícil entenderlo... Muy pocas personas, salvo un amigo..., han tratado de recoger el trabajo de la ONG..., eso sería bien interesante..., personas salvo un amigo que se interesó específicamente en entenderlo la ONG, muy pocas personas han tratado. Conflictos que menos estuve involucrado y otros agentes fueron los principales.

(Me envía el nombre por Skype) Este muchacho que había vivido en Bocas del Toro antes con “Cuerpo de Paz”, el escribió un trabajito, no sé si lo publicó..., si vi la presentación que mandó... (me envía el artículo por Skype), pero era tratar de entender la posición de nuestra ONG, y era un grupo de trabajo que básicamente colapsa más o menos en el año 2009, yo me dedico a otras cuestiones pero mantenemos, mantenemos lo mínimo necesario..., entre 2009... y 2015!!!, es ahora cuando estamos reorganizando la ONG, 2014, fue un periodo de dormancia..., que coincide con el periodo de Martinelli, es muy gracioso... Cuando el resto de la sociedad de Panamá descubre los indígenas es cuando nosotros estamos más callados, entonces por un lado, eso nos da una capacidad de observadores, pero por el otro lado es una posición un poco extraña. Porque nadie la ponía atención nosotros estamos diciendo hay un problema y luego todo el mundo le pone atención y nosotros estamos callados. Y ahora estamos retomando el tema pero este..., mucho del trabajo fue previo al 2010 y este..., no he podido escribir lo que ha sucedido después de..., para mí es un problema... (risas...)

**E.-** Hay una idea que me gustaría que me explicaras desde tú punto de vista, desde tú posición, es la idea de desarrollo. La idea de desarrollo en Panamá y la idea de desarrollo en la Comarca, quiero que me hables un poco porque es una idea que has remarcado y puede ser muy importante

**A.E.N.N.-** Si, como tú sabes hay todo un debate y cuando uno crece, crece socializado con una idea de desarrollo. A mí en lo personal nunca me terminó de convencer demasiado, por razones familiares, filosóficas o espirituales, pero nunca me terminó de convencer demasiado pero casi que se entendía así, ese rollo... Yo empecé a deconstruir o analizar, cuestionar, el desarrollo cuando empiezan... por el ambientalismo... por la vía ambientalista... había un cuestionamiento del desarrollo, no tan político, medioambiental, en la universidad hablábamos de esos temas, de todo aquello, pero cuando se piensa en los conflictos



medioambientales que comenzaron en el año 95 en adelante, allí yo empecé a tomar posiciones más fuertes y por eso en la tesis de maestría hice un estudio del desarrollo, del concepto de desarrollo y el desarrollo en Panamá en particular, salieron cosas muy interesantes. Yo no lo tengo, el documento fue levantado en un "Zip Drive", y el "Zip Drive" no lo puedo leer, en algún momento tengo que ir a algún lugar donde lo pueda leer y te puedo enviar el documento de maestría pero una de las cosas que surgió interesante..., en ese momento conocía a Francisco (Francisco Herrera) pero en esos momentos no éramos tan colaboradores, tan cercanos..., es que no empieza con Torrijos, parte del discurso panameño es que Torrijos trajo el desarrollo a Panamá. El discurso de desarrollo y la planificación del desarrollo empieza a nivel internacional, cuando hay estas oficinas de expertos que están viajando..., y mucho de lo que hizo Torrijos ya estaba esquematizado en los años '60, yo pude ver algunos de esos documentos de los diferentes ministerios donde hablaban de Bayano, hablaban de Tonosí, hablaban de Coclé Norte, ya había una visión de lo que iba a ser el desarrollo. Entonces Torrijos lleva mucho de eso a la realidad, empiezan conflictos con Torrijos, luego viene la crisis que le llamamos en Panamá, hay menos proyectos porque hay crisis, y luego reemergen los conflictos en 2005, a esa altura soy un adulto, joven pero adulto y vengo del área ambiental. Entonces desde el área ambiental empezamos a cuestionar aquí, y había cierta alianza con los indígenas, pero una cosa que yo no entendía la posición de los ambientalistas y los indígenas era diferente. Acuérdate que fue después del 92 y había toda esta celebración de los indígenas con los ambientalistas..., entonces luego yo voy entendiendo que son distintas, las posiciones y segundo que los indígenas traen un cuestionamiento de mayor profundidad, no al modelo de desarrollo porque viene desde una cosmovisión, viene con elementos espirituales, viene con elementos de cómo se consigue la vida.

Entonces eso yo lo voy entendiendo básicamente de la mano con ellos, en todo en ese proceso de tratar de entenderlo y también mucha gente ignora, que yo lo pongo en mi tesis de doctorado, es que hay un debate interno muy fuerte en los pueblos de eso. Que tiene muchas líneas entre lo que son profesionales y los que no son profesionales, los que son jóvenes y los que son mayores..., pero si algo yo creo les está haciendo daño a los pueblos hoy día es ese debate. O sea si esta la posición de los ancianos, pero no es la posición mayoritaria, hay otro grupo por lo menos en la área ngöbe más que otros..., que es extremadamente desarrollista, que está muy asociada con los partidos políticos y sobre todo con el torrijismo, ese grupo muy desarrollista pero lo que hay en el medio es sumamente diverso y complejo. Eso desde luego, diría yo que tuve la fortuna, de conocer pero que me ha traído toda clase de problemas, aquí en el país yo soy concebido como un animal extraño, que cuando la mayor parte del país quiere desarrollo, ese cuestionamiento no es..., va un poco como tú dices los políticos..., el común de la gente no lo está cuestionando, el común de la gente se lo ha tragado... Y a diferencia de los países más desarrollados, hay toda una contracorriente de orgánico y verde..., que uno cuestiona pero acá no, el nivel de toma que tiene este sistema es muy fuerte y hace que las personas que somos del centro que lo cuestionamos seamos muy mal vistos, y que los indígenas sean caricaturizados. El hecho de que los indígenas sean caricaturizados porque no se puede concebir que piensen de otra manera sino que no entienden, nos pone a nosotros en una peor posición porque nos pone a nosotros como que estamos agitando, azuzando, moviendo el atraso, nos lo han dicho...

A ustedes los quieren mantener en el atraso, ¿cómo que yo...!!!? (risas...). Hay diferentes visiones de desarrollo en Panamá, eso es algo que..., hay un debate pero es un debate que no es aparente a la mayoría de la población... Pero los indígenas es muy aparente, y se sientan en la noche a debatir pero para el resto de la población no necesariamente es así, pero está allí. Esta allí, si algo yo quisiera hacer es trabajar eso con jóvenes en barrios populares pero eso implica recurso, otra dinámica de trabajo... Pero, si, si está allí, pero no es explícito, no está articulado...

**E.-** Me gustaría que me hablaras de ese debate tan diverso porque yo también me lo he encontrado. Pero me gustaría que me lo describieses como te lo has encontrado tú..., para contrarrestar, aunque sea para avanzar porque aunque sea una entrevista quiero que sea lo más horizontal posible. Yo me he encontrado básicamente con tres posiciones por decirlo así, esta la posición desarrollista, hay otra posición tradicionalista enfrentada frontalmente, pero hay otra tercera, hay una que podría entrar en la idea del buen vivir, la idea de mezclar la tradición y la modernidad, mezclar el desarrollo y lo ancestral, me he encontrado también esa posición... ¿Cómo te las has encontrado tú?

**A.E.N.N.-** Si yo lo veo..., son tipos ideales, pero hay extremos. Hay en un extremo, cambio mínimo, es difícil hablar de cambio mínimo, más que cambio mínimo de rechazo de lo que viene de afuera. Es una oposición muy asociada a los grupos que practican una espiritualidad propia, hay los Shailas en los kunas, los Mama Tadtá en el caso ngöbe, son los tradicionalistas que ven..., y cuidado que yo estoy más en el aspecto tradicionalista, ellos ven un peligro, ellos ven un peligro de destrucción, porque no es de cambio porque ellos aceptan cambios internos dentro de su sociedad. Los Mama Tadtá fueron grandes transformadores de la sociedad ngöbe que ellos rechazan es lo que viene de afuera y yo tengo mucha simpatía por esa posición, es una posición extrema, es una expresión más elocuente y cada vez más escasa, las comunidades que rechazaban la escuela. Hasta hace poco había comunidades, cuando yo empecé a trabajar estas cuestiones, hasta hace poco comunidades ngöbes y comunidades kunas que no permitían la entrada en las escuelas. Eso ocurre ahora poco, en estos últimos años han ido convenciendo incluso en esas comunidades que dejen entrar a las escuelas, esa es la posición extrema. La otra posición extrema es de los que celebran la modernidad y que consideran que las poblaciones tienen que... integrarse en la modernidad, muy pocos de ellos rechazan la identidad, sería un poco vergonzoso... que tú digas para que vamos a ser ngöbes..., acuérdate que a principios de siglo los gobiernos liberales ahí si se decía ngöbe, ahí los indígenas tienen que convertirse en ciudadanos. Hoy día después de todo lo que ha pasado... Evo Morales y lo que tú quieras... muy poca gente diría eso pero lo que yo creo que no entienden, los que tienen esa posición es que es muy difícil seguir siendo una identidad distinta en el medio de una modernidad globalizante. Pero hay algunas personas que lo ven de esa manera, para ellos de repente puedes seguir siendo ngöbe, pero puedes vivir en una casa estilo occidental, tomar tú carro, ir a la mañana pero sigue siendo ngöbe, esa es una definición identitaria más multiculturalista y más a tono con lo que se piensa en Europa y en Estados Unidos. Pero como te decía, la mayoría no es una cosa ni la otra, la mayoría es la que está en medio..., una de nuestras compañeras ella se nos retiró... yo considero una tremenda pérdida el retiro de ella porque en muchos sentidos era una de las personas más valiosas, ella es socia de ACD, pero ella trabaja de sastre en África, se fue otra cosa completamente distinta pero con

ella teníamos una gran riqueza porque ella nos enriquecía con sus análisis y también debatíamos. Ella vivía en no sé qué país de África... en Senegal, en Nigeria, es socia de ACD, ella llevó mucho del peso activo, durante ese periodo, el periodo fuerte de ACD de 2005 al 2009, sobre todo durante 2007 y 2008, ella habla mucho de hibridación, otra de las personas también hablan de hibridación, y celebran mucho el concepto de hibridación. Yo me tiro más para el lado tradicionalista, yo soy bastante crítico con el asunto de hibridación..., los mayores exponentes dicen que es inevitable, no es un tema de se quiere o no se quiere, simplemente va a ocurrir y entonces... digamos es parte del proceso pero ciertamente yo creo que la mayor parte de la gente está en esa combinación, y allí sale de todo. Allí salí los ambientalistas, hasta los que son de la izquierda tradicional que se ha modificado porque una de las críticas fuertes más, aquí en Panamá es que la izquierda convencional es muy desarrollista. Y lo que está pasando en Ecuador, ¿no se si estás siguiendo lo que pasa en Ecuador?, lo que está pasando en Ecuador es atroz, en Bolivia también, entonces se está..., luego de utilizar a los movimientos indígenas para llegar al poder, han revertido a la visión de la izquierda de antes de los 90, que es la izquierda de desarrollo, economicista..., veo ahí grupos de izquierdas que han adoptado una visión más alternativa, eso también existe, de la izquierda llamada izquierda... Ahí estamos los que somos de la parte religiosa más moderada..., hay muchos matices, a mi me gusta mucho trabajar con los ngöbes, porque con los ngöbes tu ves muchos de esos matices, con los kunas posiblemente también, pero ellos mantienen todo mucho más reservado a menos que participes en los congresos generales y hables kuna, no puedes presenciar muchas discusiones que ellos tienen... A nivel de los ngöbes si..., de hecho en las redes sociales, de hecho muchas de las discusiones se dan entre los jóvenes a nivel de las redes sociales, pero si en esa hibridación hay todo un espectro muy complejo y para mí la pregunta es para donde se va a inclinar el péndulo. Si el péndulo se va a inclinar hacia la parte modernista, o se va a inclinar a una revaloración de la cultura, y completamente modernista no se va a inclinar pero el miedo que yo tengo es que ellos piensan en mucha gente que cree que el modernismo convive con la identidad, y yo no estoy seguro que eso va a ocurrir, yo creo que cuando agarra cierto nivel de fuerza barre con todo y temo que muchos... Te voy a dar un ejemplo muy interesante, uno de las fascinaciones o de las expresiones más vivas de la cultura moderna en los áreas indígenas y en los movimientos es la tecnología de información y comunicación, fascinante, los comunica con el mundo exterior, o sea claro no es como el anterior el teléfono fijo no llegaba a las comunidades, pero el teléfono celular permite que estés en cualquier lugar apartado y este comunicado con el mundo global... por eso te digo que las discusiones electrónicas en el pueblo ngöbe es muy rica....

### A.3 Experto en gobernabilidad del PNUD.

*Entrevista realizada por Skype en diciembre de 2015.*

**Entrevistador-** Básicamente lo que yo quería era que hablásemos un poco en relación al tema de la desigualdad... en Panamá, el tema de la desigualdad y los indígenas, y las diferentes posiciones que te puedes encontrar en la sociedad frente a esto. Es una pregunta muy genérica Harry, pero si quieres vamos dándole forma, vas diciendo lo que quieras y...

**Experto Gobernabilidad PNUD-** Ok, lo primero que también se me ocurre es que valdría la pena (se corta la comunicación...)

**EG PNUD-** No te digo nada nuevo, nada que no sepas..., cuando te digo que el principal problema de Panamá es la desigualdad, es la exclusión, porque el país ha estado..., los indicadores de pobreza Panamá los han ido superando, claro..., ahí se puede entrar en la discusión metodológica sobre cómo se calculan, como se calcula la pobreza, pero esa discusión siempre está abierta..., la metodología..., tienes que describir criterios, que bueno... por más científico que lo hagas, son todos arbitrarios. Pero si partimos que los criterios para distinguir pobreza son, son los que son... pues Panamá los ido superando, a principios de los noventa el índice de pobreza estaba por el cuarenta por ciento, y hoy día andaba por el veinte por ciento, algo así... entonces ahí lo hemos estado haciendo razonablemente bien de manera comparada... Pero si uno lo ve desde, el ritmo de crecimiento, es muy superior al ritmo de cómo se ha superado la pobreza..., pero bueno vale..., ehh..., de cuarenta a veinte o a veintiocho... está ahora mismo, comparado con otros países no está mal...

Entonces el problema vigente, el problema de ahora..., que hemos hecho muy poco es en el de la desigualdad, y claro... uno mide la desigualdad..., cuando uno mide la desigualdad, uno mira indicadores económicos, socioeconómicos, pero esa desigualdad es..., ese índice de desigualdad... también, también refleja todas las desigualdades que hay en el país..., la desigualdad económica no se genera solo por asuntos económicos... hay una imposibilidad de acceder a otro tipo de bienes..., los bienes políticos y sociales. Los bienes políticos y sociales son los propios del estado de derecho, bueno es como el principal reto..., yo creo que poco a poco, la sociedad panameña se ha ido sensibilizando un poco más sobre la desigualdad, yo recuerdo que años atrás..., en Panamá ya no hay una discusión sobre la pobreza con la intensidad que lo había antes porque hemos ido superándola..., y hay cierta conciencia, cierta conciencia... del problema de la desigualdad..., ha ganado algo de terreno..., pero si uno entendiera que para abordar la desigualdad de forme integral tienes que hablar de inclusión allí comienzan los problemas. Estamos de acuerdo en el problema..., pero los métodos para abordarlo, para resolver ese problema, ahí es donde comienza a haber desacuerdos, a mi me contaba precisamente Martin, me contaba hace dos días que en el informe de desarrollo humano próximo se está planteando hacerlo sobre inclusión. Tú sabes que para el informe de desarrollo humano se hacen consultas no es un documento académico sino que es un documento consultado, que tienen que responder a lo que la gente cree los problema del país... Me comentaba Martin que las consultas... cuando se les plantea a los empresarios..., el tema no les gusta porque la inclusión implica reconocer las deficiencias del modelo económico porque visto desde la pobreza, el modelo económico resuelve, ha ido resolviendo... La

inclusión implica cambiar el modelo de estado, cambiar el modelo de políticas públicas, postear la inclusión!, entonces hasta ahí ya no están de acuerdo.

La fórmula de las élites es llegar a la inclusión a través del “trickle down”, que dicen los gringos, a través del goteo..., del crecimiento económico, y evidentemente los últimos veinticinco años eso no ha funcionado para la desigualdad.

Mira..., yo creo que cualquier discusión, lo decíamos hace dos semanas cuando estábamos con una colega hablando de la participación, de la representación de las mujeres. Yo decía que para poder abordar el problema de la representación de las mujeres en Panamá hay que dar un paso hacia atrás y hablar antes de la inclusión, Panamá tiene muchos problemas para entender y para aceptar... el concepto de inclusión, eso vale para las mujeres, eso vale para los afrodescendientes, eso vale también para los indígenas, en alguna medida para los jóvenes, menos..., y estoy pensando en... los discapacitados... (Los discapacitados) ganaron terreno, cuando el gobierno de Martin Torrijos, Martin Torrijos tiene una niña, que tiene un grado de discapacidad entonces la primera dama impulsó algunas políticas públicas, allí ganó..., hay un cierto espacio, una sensibilización, una sensibilidad un poco más avanzada, pero mujeres, mujeres, indígenas y afrodescendientes tienen muchas dificultades para que la sociedad, la sociedad panameña tiene que hacer esfuerzos, esfuerzos adicionales para incluirles.

Si nos ponemos a ver dentro de esos tres grupos. Mira... las cifras, los datos de pobreza y desigualdad en las comarcas indígenas son supongo que muy superiores a los de las mujeres y los afrodescendientes pero desde otro punto de vista..., uno tiene la idea como que los indígenas están en las comarcas..., ese problema como decía nuestro amigo común... ese problema esta focalizado, en el caso de los afrodescendientes y las mujeres si están en el resto del país..., tienen acceso a la zona metropolitana, a la zona de tránsito y aún así hay una marginación importante... Ahora que digo la zona de tránsito... el transitismo en Panamá ayuda a entender muchas cosas porque esa inclusión también podría el planteamiento clásico que las provincias del interior también tienen dificultades para incorporarse al modelo dominante del país, generalmente es un modelo excluyente..., tiene modelo económica en el que hay poca sensibilidad sobre los temas de inclusión...

E.- Me parece muy interesante eso que dices que es algo que yo entiendo pero la gente que vaya a leer mi tesis no lo va a entender también, es la idea del transitismo que hay una posibilidad de pluriculturalidad que está dentro de ese transitismo y lo que no está dentro de ese transitismo no pertenece a esa pluriculturalidad, no sé si sería interculturalidad, ¿cómo lo ves tú?

**EG PNUD-** Mira lo dices bien, es esa idea de que Panamá es lo que está relacionado con la zona de tránsito. Lo que no están en la zona de tránsito..., hay ciertos matices, económica y socialmente... es la zona de tránsito que uno pensaría que es un rasgo del pluralismo, del internacionalismo y tal... No, no, no, no... es un ambiente bastante restringido... Panamá tiene una alergia bastante importante a como las élites entienden... lo que pasa es que una élite entiende... pero lo que pasa con una élite agraria no es mucho mejor, la élite agraria es más

dura, una élite te vas a Colombia son durísimas, te vas a Colombia y ... muy conservadoras, también hay que ser justos la élite transitista panameña tiene raigambre liberal comparado con..., la élite panameña es una élite liberal partiendo del antagonismo liberal conservador colombiano. Panamá tenía un proyecto liberal, la esencia de la separación de Panamá a Colombia, el proyecto hegemónico colombiano, terminó siendo el proyecto conservador y Panamá para poder abrirse al comercio internacional que es lo que buscaba a través del Canal era idea atractiva para una élite liberal pero eso para entender los rasgos liberales que tiene Panamá, que los tiene..., pero claro esa es la procedencia. Ya en clave panameña... la élite tiene rasgos conservadores...

**E.-** Hemos hablado de pobreza pasando a la desigualdad, no lo hemos nombrado pero creo que está ahí presente, el tema de la diversidad. Y ¿cómo encajan los indígenas?, ¿cómo lo ves?

**EG PNUD-** Mira... los indígenas es como si no encajaran..., no es Guatemala, en Guatemala tienes a los latinos y a los indígenas, en Bolivia... Tú pregunta me hace pensar en esto por primera vez, no lo he pensado..., pero yo creo..., teniendo un actor más presente..., eh... Panamá es más mestiza, es decir mucho más diversa, hay chinos, hay afrodescendientes, hay indígenas..., como grupos humanos étnicos bien definidos... Por ahí... los indígenas comparten ese espectro de etnia mayoritaria o importante... lo comparten con otros, es como muy difícil posicionar el tema indígena en Panamá porque tienes a los afrodescendientes y somos más, y tenemos un papel principalísimo en la construcción del Canal..., en la zona de tránsito entonces hay un encaje difícil..., como decirlo a nivel simbólico...

En Bolivia, en Guatemala..., los indígenas es uno de los temas a parte de los afrodescendientes... Entonces ese encaje político estratégico es más complejo... Son..., los indígenas en alguna medida sino es por las protestas... por los ngöbes recientes... casi que serían invisibles pero si... casi que serían invisibles. Cuando yo era niño el gran actor..., el gran actor indígena eran los kunas, cuando hay la transición a la democracia... Luego durante la restauración de la democracia fueron desapareciendo los kunas y luego hubo una época larga finales de los 90, principios de los 2000, hasta hace poco... que no había un actor indígena relevante..., hasta que pan!!!, irrumpen los ngöbes con tanta..., de manera tan conflictiva. Entonces el encaje es complicado porque no es un rompecabezas, no un rompecabezas de dos piezas... sino un rompecabezas con varias piezas..., por la gran diversidad panameña producto de su historia...

**E.-** Claro es paradójico que sea luego..., es el pueblo originario, en el imaginario del pueblo panameño y esto lo sabes mejor que yo... los orígenes de la cultura panameña en alguna medida..., o como lo ves tú, ¿en el imaginario panameño qué lugar ocupan los indígenas?

**EG PNUD-** Mira, no se..., esto no es México, en el imaginario panameño... si te pones a ver las monedas el centavo es la que tiene menos valor que nadie quiere que tiene a Urracá, y la 25 centavos que tiene mayor uso tiene Nuñez de Balboa... pero si te vas al dólar ahí nos jodimos todos... (risas...)

Pero cuando estamos en Venezuela si nos muestran a los indígenas pero en el imaginario panameño, el origen es el Panamá criollo, mestizos, descendientes de los españoles, de Azuero...

En la escuela si le dicen a uno que los indígenas... pero no tiene la misma potencia que en México tú ves el imaginario... en Panamá el indígena es el originario panameño..., no, me parece que no...

Aunque te digan..., no queda así

E.- Y ¿qué futuro lo ves encaje imaginario, político, cultural?, ¿cómo lo ves tú? ¿Hay alguna posibilidad de interculturalidad, de integración...?, o va a seguir esto siempre...

**EG PNUD-** Me gustaría decir que sí, porque uno si es optimista tiene la utopía que el movimiento de los ngöbes pueda ganar espacios y puede seguir creciendo, me gustaría decir que sí. Pero como hemos dicho Panamá es un país..., la opinión pública cada vez está más cerrada, es cada vez más conservadora..., entonces lo veo como complicado...

E.- Y ¿qué significa más cerrada?

**EG PNUD-** Es más intolerante, la población panameña es cada vez más intolerante...

Entonces ese proceso... tendría que haber un quiebre, tendría que haber un quiebre del régimen muy importante..., eso es lo que nos dice la experiencia latinoamericana inmediata. México es porque hubo una revolución, la gente no lo tiene en cuenta..., pero sino quiebra este régimen... al estilo de los regímenes andinos... es lo que ha llevado esos procesos de inclusión tan profundos entonces eso es un precio muy duro..., un régimen con credenciales democráticas dudosas... si ese es el precio que hay que pagar para obtener inclusión, te lo digo... yo soy un demócrata sabiendo que las nuestra son unas democracias..., pero lo otro también es democracia yo no sé si es un precio..., es un callejón sin salida, yo no quiero ni lo uno ni lo otro...

Pero quiero la inclusión sin poner el peligro el régimen democrático pero..., pero si no hay una quiebra no creo que pase... y la otra pregunta es

E.- Si bueno me interesa que definas es intolerancia que has hablado... que es lo que imposibilita la integración..., es difícil definirla pero yo creo que tiene unas particularidades... que tú las conoces mejor que yo... ¿cuál es la raíz?

**EG PNUD-** Claro... eh... nosotros creemos... como somos muy liberales... somos muy liberales en el origen, muy individualistas... la gente piensa que tú tienes que hacer el esfuerzo y que ese esfuerzo tiene que estar dirigido a encajar... en lugar de..., el movimiento es del marginado, del excluido hacia el "mainstream"... no que el "mainstream" habrá posibilidades de inclusión ese fetiche liberal del esfuerzo propio..., entonces reivindicar que es la sociedad la que tiene realizar un esfuerzo para reconocerte es visto como un rasgo de pereza, un rasgo de aprovechamiento, en fin... Pero Martin no habla de aprovechamiento..., Martin habla de la

dificultad de... porque las políticas las transferencias económicas... están condicionadas en Panamá tienen tan mala prensa... ahora han bajado..., ahora han bajado pero hubo una época en que las capas medias..., altas..., las capas medias tenían un discurso anti subsidio muy fuerte, muy fuerte, muy rabioso... Ponían al que recibía un subsidio como un vago, un aprovechado..., hay uno que lo necesita pero muchos hacen trampa..., mira lo que pasa, la gente lo que siente es que el dinero..., el dinero que están aportando para impuestos quieren que se use directamente para su beneficio..., no hay solidaridad..., eh... bueno es muy difícil sostener en la vida pública porque los políticos si lo saben pero lo utilizan con motivos clientelares..., en los programas de transferencias económicas condicionadas porque está muy metido en la cabeza que tú tienes que hacer el esfuerzo!!!, tú tienes que esforzarte!!!, no necesitas leyes especiales!!!, no leyes especiales perdón... no necesitas políticas públicas!!!, lo que tú necesitas es trabajar duro!!!, si tienes brazos y manos... Entonces cualquier cosa que se sale..., que plantea otra cosa..., planteas cualquier cosa del estado..., te sales del imaginario..., de la prosperidad..., la prosperidad se genera con tú trabajo propio no con políticas públicas especiales tienes que esforzarte solamente con eso... Le pasa mucho a los colonenses tú lo sabes bien..., la gente cree que los colonenses son vagos... van así porque...

La intolerancia tiene se podría definir de esa manera... cuando piden políticas públicas para grupos excluidos lo ven como un aprovechado...

**E.-** Entonces todas estas políticas públicas de la diversidad que estaban empezando a hacerse un hueco, has hablado de la pobreza, luego de la desigualdad luego me has hablado que la desigualdad había como diferentes grupos los indígenas, los afroantillanos, las mujeres, jóvenes, los discapacitados... Como van entrando estos grupos tan diferentes con esa idea tan liberal, ¿cómo se armoniza o no se armoniza?

**EG PNUD-** No hay... no hay manera de que encajen Jon... hay una dinámica muy perversa. Es más... lo que hay hablando estratégicamente... estos grupos excluidos lo que deben es articularse, estamos hablando de revolcones... lo que sería necesario..., un revolcón tipo Bolivia, tipo Ecuador..., es muy duro... que posibilitaría una articulación de esos grupos... pero la, la batalla por la supervivencia es tan dura que fragmenta..., fragmenta... ese grupo potencial... esa potencial masa de excluidos, no hay..., no hay..., hay 0 articulación... yo no sé pero yo no soy un activista tampoco... yo creo que hay cero esfuerzo de articulación entre indígena, afrodescendientes... Excepto, excepto..., después de las movilizaciones de los ngöbes de 2012..., que fue en febrero..., después hubo una movilización en Colon por la zona libre y los colonenses tuvieron una movilización muy fuerte, muy dura violenta, pero si en julio de 2012. Era una movilización mediatizada por los dueños de la zona libre, pero ellos se movilaron y el gobierno... ese cuasi ejercito que tenemos... les cayó... y después... puedes consultarlo en la prensa porque fue en julio..., después de eso se creó una coordinadora de indígenas y colonenses..., yo dije guauuu..., dije si prospera esto es nuevo..., pero no prosperó. Pero la reacción..., lo que hizo el gobierno de Martinelli fue pisar acelerar el modelo económico, yo pongo la metáfora de si tú pisas el acelerador a un carro viejo empieza a temblar, y ahí la



posibilidad pero no prosperó estaban ahí se reunieron con la cacica pero no prosperó, no prosperó...

De manera un poco irresponsable no soy experto, pero respondiendo a tú pregunta... la única manera de encajar lo indígena pasa por articular lo indígena, con lo afro, con las mujeres..., pasa por ahí, porque el problema no es lo indígena, aunque ahí están las estadísticas, el problema no es lo afro..., es la inclusión, es la exclusión... ahí tienen ya...

E.- Muchas gracias (fin entrevista)

## Conversación por redes sociales con A3. Experto en Gobernabilidad PNUD y A.4. Vicepresidente Fundación Libertad.

Link: <https://www.facebook.com/harry.b.arauz/posts/10153865220157189> (revisado el 3/11/2016)



**A3.**

2 de noviembre a las 9:11 · EL PAÍS ·

"Martner lamenta que el 1% de los latinoamericanos más ricos controla el 20% de la renta, en lugar del 10%, como en países desarrollados. "Tienen ingresos altos porque pagan pocos impuestos... Hay que convencer a las sociedades de que contribuyan de acuerdo con sus ingresos", sugiere el especialista".

### El desafío fiscal de las Américas

La lucha contra la evasión fiscal es clave para paliar los desequilibrios que acarrea la crisis en Latinoamérica  
ECONOMÍA.ELPAÍS.COM|DE ALEJANDRO REBOSSIO

Me gusta · Comentar

Compartir

A Pablo Lumerman Sirote, Richard Morales Villarreal y 2 personas más les gusta esto.

2 veces compartido

**Comentarios**



**Entrevistador.** Completamente de acuerdo, un problema a añadir es que las políticas fiscales en el "norte" cada vez son menos progresivas, se dispara la desigualdad, y las rentas más altas cada vez pagan menos impuestos.

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 17:33



**A.4.** Eso es falso. Panamá tiene impuestos territoriales lo que hace que en conjunto los impuestos sean bajos (gran parte de la renta es extraterritorial). Esa renta viene a Panamá por el régimen fiscal. Y Panamá tiene 15 años creciendo a un promedio de 8.2% anual, hemos bajado la pobreza a la mitad y hemos disminuido el desempleo en más de la mitad. La medición del PNUD nos pone como una nación de ingreso medio alto. Encima, per cápita tenemos el presupuesto más alto de AL.

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 19:14

Ocultar 22 respuestas



**Entrevistador.** Panamá tiene una tasa de pobreza del 26% con lo que no ha reducido a la mitad su tasa de pobreza, de los empleos, un 39% son informales lo que deja un saldo de muchos trabajadores pobres. Unido a esto tiene uno de los índices Gini más altos de la región. El país con mayor crecimiento entre 2003 y 2013 deja una pobre redistribución de la riqueza y mucha precariedad, una sociedad demasiado desigual, en definitiva crecimiento sobresaliente, redistribución negativa.

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 20:40 · Editado



**A.4.** La tasa de pobreza es de 22% la cual sigue siendo alta, pero es impresionante el avance (que en el 2000 andaba en 40%). Eso con los impuestos bajos. Cuba tiene mejor índice GINI que Panamá, por ejemplo, porque todos son pobres. El índice no sirve más que para la envidia, pero no para mejorar la condición de la gente

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 20:45



**Entrevistador.**

DATOS.BANCOMUNDIAL.ORG

Me gusta · Responder · Eliminar vista previa · 2 de noviembre a las 21:01



**A.4.** Ese porcentaje está atrasado. En la actualidad es 22%

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 21:04



**Entrevistador.** ¿Dónde?, en Contraloría también 25,8%, Ministerio de Economía también 25,8%...

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 21:08 · Editado



**Entrevistador.** ¿Fuentes?

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 21:07



**A.4.** MEF lo busco. Año 2014

Me gusta · Responder · 2 de noviembre a las 21:29



**Entrevistador.** MEF 2014 25,8%. En el 2000 36,8%, y decir que el índice Gini no

vale...<http://www.worldbank.org/.../beyond/beyondsp/chapter5.html>

## Capítulo V, MÁS ALLÁ DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO

WORLD BANK.ORG | DE DEP AT WWW.WORLD BANK.ORG/DEPWEB

Me gusta · Responder · Eliminar vista previa · 3 de noviembre a las 7:29 · Editado



**A.4.** No he encontrado la fuente, pero tengo certeza de la cifra. La que citas es de marzo de 2014. Este año la medición cambió. Sin embargo, el cambio sigue siendo impresionante

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 13:16



**Entrevistador.** Carlos desde la honestidad de una persona que quiere a Panamá (como si fuera mi segunda nacionalidad), el problema de la mala distribución de la riqueza en Panamá es un fenómeno contrastable con datos e informes (y mi propia experiencia como consultor e investigador), el primer problema del país en un contexto que produce tanta riqueza

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 13:34 · Editado



**A.4.** El problema más importante es la pobreza, y dentro de esta, los indígenas. De hecho, más que un problema de desigualdad, tenemos un problema indígena. Si sacas a los indígenas de las estadísticas, cae de manera dramática la desigualdad, al igual que todos los indicadores de desarrollo humano

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 14:04



**Entrevistador.** Incluso no teniendo en cuenta las comarcas que son un porcentaje muy bajo de la población, la desigualdad es muy alta. Por cierto los indígenas son los pueblos originarios, los primeros panameños y un patrimonio fundamental del Istmo

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 14:30 · Editado



**A.4.** Son cerca del 11% de la población y representan la mitad de los pobres

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 14:48



**Entrevistador.** Carlos no representan la mitad de los pobres en Panamá ni son el 11% de la población

Me gusta · Responder · 3 de noviembre a las 15:04 · Editado



**A.4.** Aquí está el link del MEF que señala que la pobreza está en el 2015 en



ob.pa/.../PobrezaenPanamabajade25en2014a2...

## Pobreza en Panamá baja de 25% en 2014 a 22% en 2015

MEF.GOB.PA

Me gusta · Responder · 4 de noviembre a las 20:21

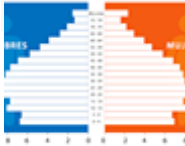


A.4. Estoy buscando la cifra de población indígena

Me gusta · Responder · 4 de noviembre a las 20:22



A.4. Según el censo de 2010 la población indígena era de 12,3% No existe dato más actualizado. Acá puedes ver estos [ma.unfpa.org/poblacion-panama](http://ma.unfpa.org/poblacion-panama)



## La población en Panamá | UNFPA Panamá

PANAMA.UNFPA.ORG | DE CARLOS REYES LE PALISCOT

Me gusta · Responder · 4 de noviembre a las 20:25



A.4. En definitiva, la población indígena es nuestro gran problema social y es donde debemos enfocar nuestros esfuerzos. De hecho, son los únicos que no se han beneficiado del crecimiento enorme que hemos tenido, ya que todos los otros grupos han tenido una rebaja importante de la población pobre

Me gusta · Responder · 4 de noviembre a las 20:27



**Entrevistador.** Sigues teniendo un 39% de trabajo informal lo que quiere decir que cualquier cambio de la tendencia, y se volverá rápidamente a la situación de partida, un crecimiento con pies de barro... Los datos del MEF son una nota de prensa, habrá que contrastarlo, gracias por la información. Niego la mayor, el único problema no es la situación de los pueblos originarios

Me gusta · Responder · 5 de noviembre a las 7:42 · Editado



A.4. El trabajo informal no es per se negativo. Pero dentro de ese grupo, nuevamente incide de manera dramática la población indígena. No existe desempleo entre los indígenas, porque casi todos se dedican a la agricultura de subsistencia. Pero, igual, la creación de empleo formal en Panamá es uno de los más altos de la región y, si mantenemos el curso de las políticas públicas, en cuanto a los no indígenas lo seguiremos mejorando

Me gusta · Responder · 5 de noviembre a las 12:41



A.4. Los datos del MEF son producto de la encuesta de hogares que se dan en marzo de todos los años. En cuanto a mi posición, no afirmo que el único problema es la situación de los pueblos indígenas, sino que es el problema principal que genera una idea distorsionada de lo que realmente sucede.

Me gusta · Responder · 5 de noviembre a las 15:45



A.4. Todos los demás grupos sociales se han beneficiado de forma directa del crecimiento económico. Solo los indígenas no lo han hecho. Ese es nuestro gran problema

Me gusta · Responder · 5 de noviembre a las 15:46



Escribe una respuesta...



**A.3.** Vaya, han tenido un intercambio largo sobre el que tengo algunas cosas para decir. Creo que el coeficiente de Gini y el índice de pobreza se complementan y nos ayudan a tener una visión un poco más exacta de situaciones complejas. No se trata de que una sea mejor que otra y es un error descartar una para quedarse con otra. Pretender entender la situación social de Panamá solamente con los índices de pobreza da una visión tan parcial como la que tendríamos de Cuba si solamente usamos el coeficiente de Gini. Yo parto de la idea de que para que un inversionista cree riqueza necesita el trabajo de otros que quizás han sido educados en el sistema educativo que todos sostenemos, han usado las carreteras que construyeron con mi dinero... en fin, los recursos que pertenecen y generamos todos. Es decir, la riqueza la produce la sociedad, por lo tanto, los beneficios deberían distribuirse lo más equitativamente posible. Y no hablo de un sistema socialista, yo no tengo problema con que haya ricos gracias a su ingenio, capacidad de arriesgarse y buen manejo de sus finanzas, pero es que nada de lo que logran lo hacen solos. Me parece que Gini entiende la riqueza así, como riqueza producida por la sociedad. Habiendo reconocido que Gini y el índice de pobreza son complementarios, debo decir que siempre me ha parecido que el Gini tiene la ventaja de relacionar mejor lo social con lo político. Eso que CEGR llama "envidia" yo lo veo como las subjetividades inevitables de la política. Gini es un indicador tan elocuente política y socialmente que, por ejemplo, según los informes que pude escuchar de los especialistas sobre el tema del Informe Estado de la Región, la variable que explica violencia y la inseguridad en América Central es la inequidad, no la pobreza ni ninguna otra. La desigualdad es un problema tan importante que hace un par de años el economista Rubén Lachman, que creo que no entra en la categoría de envidioso, lo abordó en una conferencia en la Cámara de Comercio, que no tiene nada de bolivariana, y con datos por él recabados apuntó que los niveles de retorno de las empresas en Panamá eran los más altos de la región y no precisamente por ser muy eficientes (intentaré encontrar la gráfica, porque creo que cuando la pedí me la dieron). Panamá ha tenido logros importantes, pero una cosa es reconocerlo y otra cosa es caer en la autocomplacencia a través de borrar de las estadísticas a los indígenas, a lo Ríos Montt. Tampoco se puede obviar que la informalidad hace palidecer todos los logros que hemos tenido. Espero haber dicho todo para no tener que soltar otro rollo extemporáneo como este que, además, va sin espacios en los párrafos.

[Me gusta](#) · [Responder](#) · 6 de noviembre a las 14:49 · Editado



**A.4.** Al contrario Harry, yo no quiero borrar a los indígenas de la estadística, lo que quiero es poner el reflector de las políticas públicas sobre ellos. Las estadísticas sin desagregarlas te dan un mensaje equivocado. Mi punto es que nosotros más que un problema de desigualdad (apreciado de forma general), tenemos un problema indígena. Las cifras claramente lo indican

[Me gusta](#) · [Responder](#) · 1 · 6 de noviembre a las 2:32



**Entrevistador.** Por no dejarlo solo en el Índice Gini. En Panamá el 20% de la población más rica recibe el 61.2% del ingreso total mientras que, en el otro extremo, el 20% más pobre apenas recibe el 1.9%, esto es una grave deficiencia en la distribución de la riqueza no solo atribuible a la situación de las comarcas (esa tesis de Carlos me parece controvertida y sería interesante debatirla)

[Me gusta](#) · [Responder](#) · 6 de noviembre a las 5:47 · Editado

## Entrevista grupal en la Universidad Ngöbe Buklé con A.5. Presidente de la Fundación Ngöbe Buklé, A.6. Rector de la Universidad Ngöbe Buklé, A.7. Abogado de la Universidad Ngöbe Buklé, A.8. Profesor de la Universidad Ngöbe Buklé y Cacique local de la Comarca Ngäbe Buklé.

Quebrada Guabo (Comarca Ngäbe Buglé), Septiembre 2013.

**Entrevistador:** Estamos en la Universidad Ngöbe Buklé, estoy con los profesionales de esta universidad. Sé que esta universidad tiene ya unos años, quisiera empezar, que comentaran un poco, en qué consiste este proyecto y por qué surgió.

Soy el **presidente de la Fundación Ngöbe Buklé (A.5)** que es la gestora del proyecto de la universidad. El proyecto nace como una visión de futuro, nace como un esquema de desarrollar un trabajo un tanto diferente a las universidades convencionales que vienen de afuera. Se debe a que los programas curriculares, los conocimientos que se difunden son lo que vienen de afuera, no los que nosotros percibimos y sabemos de nosotros, entonces un grupo de compañeros nos proyectamos a desarrollar una institución de carácter superior, donde pudiéramos ser los protagonistas en el diseño de nuestra formación. Donde podamos reflejar la verdadera intención de desarrollo de nuestro proyecto, por ejemplo en los contenidos curriculares de enseñanza, los textos que se emplean a nivel primaria, secundaria, incluso los trabajos interpretados a nivel universitario vienen con el enfoque de la persona que viene de afuera más no la nuestra. Queremos que el nivel de educación de nuestra sociedad este más en consonancia con la realidad cultural nuestra, por ejemplo la parte productiva fortalecer los vínculos de producción con semillas nativas, y no traer ese tipo de semillas que tienen un tipo de complicaciones, en la parte de los textos de estudio están escritos con la visión de otros que nos ven, hablan sobre nosotros, no hay un texto donde se refleje que nosotros hablamos de lo que sentimos y de lo que somos.

Igual ocurre en la parte investigativa, entonces se plantea el desarrollo de una universidad con características un tanto diferentes a la que tiene el estado o a la que conocemos, en el sentido de que esto se desarrolla en el seno de una cultura donde los protagonistas son profesores ngöbes, los componentes académicos todos son ngöbes, incluso la parte administrativa, generando que nosotros podemos tener autonomía por nuestra institución. Donde podamos decir bueno hay un texto de estudio que dice esto, lo que escribió un fulano por allá pero ya que podamos manifestar sobre ese mismo conocimiento la realidad nuestra, podamos difundir eso y enseñarle a nuestros estudiantes, a nuestros jóvenes, conozcan primero lo de su cultura, conozcan su cultura y no estamos cerrado a lo de afuera sino primeramente conozcan su cultura, su idioma, sus tradiciones, su modo de vida, de productividad, luego nos insertamos a conocer lo que hay afuera.

La ley 88 que es la ley que difunde la educación intercultural bilingüe dice que enseñará en todos los centros escolares del país o dentro del territorio indígenas, se le enseñará en el idioma español y ngöbe paralelamente. Entonces estamos en búsqueda de eso, pero nada hacemos si los programas curriculares están diseñados con el programa del gobierno central,

nosotros desde esta universidad que proyectamos hacer nace de ese espíritu de la creatividad, nosotros pensamos mucho y hacemos mucho énfasis en la creatividad, en la innovación y en la autogestión. Estas tres palabras son nuestro vínculo de trabajo, nuestra intención de trabajo, no esperamos a que nos ofrezcan tanto, hacemos y también buscamos apoyo, hay ese acercamiento de que desarrollamos proyecto, iniciamos y buscamos aliados que nos puedan colaborar en este sentido.

El proyecto de la universidad se entiende para el futuro, es el único proyecto de estas características a nivel de Panamá, que es el único pueblo indígena de Panamá que se ha comprometido a llevar, a diseñar una carrera universitaria, una universidad dentro de su territorio con las características que nosotros quisiéramos que nuestros estudiantes aprendan, sin aislarnos, sin separarnos de lo que debe ser el aprendizaje de la cosas que hay comúnmente a fuera. En ese sentido nuestros profesores, la parte académica, administrativa, todos los componentes son ngöbes, aquí en el grupo tenemos como el compañero es psicólogo, el compañero es abogado, tenemos al compañero que es cacique tradicional, tenemos otros compañeros que son nuestros colaboradores, y así tenemos médicos, tenemos profesores en diferentes áreas de trabajo, todos son ngöbes. En algunos casos también contamos con profesionales que no son ngöbes para nivel de consulta, de apoyo que también son bienvenidos porque es parte de lo que hacemos, es una universidad no está cerrada solo a las cosas ngöbes, sino podemos establecer convenios de colaboración con otras universidades, y otras instituciones que así lo consideren que pueden ayudar.

Entonces tenemos alrededor de 8 años, empezamos de la nada, no teníamos nada, simplemente nos sentábamos 2 o 3 compañeros a conversar como hacemos para empezar empezamos escribiendo a mano porque no había lo de la computadora. No había nada pero confiamos mucho en la autogestión, si yo necesito algo debo proyectarme a resolverlo, sin esperanza de otras personas, bajo ese criterio empezamos a proyectarnos, escribir cosas, poquito a poco, fuimos adquiriendo apoyos una guía de trabajo. La universidad que nos apoyó en ciertos modos de conocimiento, también nos asistió la parte académica, un convenio de colaboración, en capacitación a nuestros profesionales, hicimos un convenio de colaboración en el uso de los textos durante un tiempo. Lamentablemente a nivel de Panamá no encontramos esa ayuda, la ayuda la encontramos a fuera, pero limitado, estamos en la lucha, de que todo se pueda encasillar, usted ve en el tablero la resolución de la primera carrera que aprobó la Universidad de Panamá. Aquí nuestro modelo es que todas las universidades finalmente lo aprueba la universidad nacional.

Tenemos aprobado una carrera aprobada hace rato, las otras carreras están en camino, los programas todavía no se han dado. Sin embargo, internamente, actividades como esta, usted ve esta instalación pequeña, lo que tenemos es un centro de capacitación y de internet, lo usamos para diverso tipos de actividades, está la base de la universidad. Lo que estamos buscando es aliados, personas que no solo nos vengán a estudiar si no puedan proyectarse a ofrecernos apoyo, por ejemplo no sé si entendí si el compañero Demetrio pudiera ir a la universidad aquella, en poner todo el interés en eso me parece buenísimo, de eso se trata. Este intercambio favorece.

Esta institución que en parte es la única y por ser la única, con este modelo en nuestro país, hay muchas dificultades, es más fácil para nosotros decimos popularmente hacerle el mandado a otro. Es muy fácil para nosotros abrir una extensión universitaria, ir a la universidad nacional u otras universidades, decirles una matrícula y ya estás, cuando hablamos de un proyecto con las características culturales y sociales, propiamente nuestra esto no tiene quien lo entienda, porque lo ven como una competencia se van a otro nivel, competitividad económica..., lo que sea. Sin embargo, a dios gracias, hemos mantenido la unidad de un grupo que por lo menos día a día, estamos en esto, hemos tenido, un fortalecimiento de otros grupos que vienen de otros lados, que nos sirve de ánimo para mantenernos en el trabajo. En si, nuestra aspiración en el futuro es que, la Universidad Ngöbe Buglé, la entendemos como una

institución patrimonio cultural, de la cultura ngöbe, de la Comarca, sujeta a las leyes nacionales, con características propias de lo que es nuestra cultura, sin salirnos del esquema del desarrollo como tal. Sencillamente lo que buscamos es tener nuestro espacio para proyectarnos, manifestarnos con todo lo que tenemos, y ese el limitante que tenemos con las otras instituciones. En el futuro aspiramos en tener nuestra universidad enfocada, donde desde el rector de la universidad y las autoridades universitarias como sean, hasta que él que barre y limpia sean ngöbes, sujetos a las necesidades profesionales... Poder enviar estudiantes nuestros a aquellas universidades del mundo, y de allá venir a intercambiar, es una proyección social para el futuro, entonces...

**Entrevistador:** Para aterrizarlo en mi tema, yo digamos que estoy trabajando en la medicina tradicional desde el aspecto cultural, como le comentaba a Demetrio. Dentro de lo cultural me parecen especialmente interesantes las mezclas, como ustedes que están aquí con el conocimiento ngöbe pero están abiertos a otros conocimientos, porque la cultura siempre se mezcla. Dentro de la universidad hay un proyecto de licenciatura de medicina intercultural, con la ausencia absoluta de textos y literatura sobre esta temática como van a hacer ustedes esa licenciatura.

**Presidente fundación (A.5):** En ese sentido, como ha dicho no existe literatura, no existe escritos, no solo de la medicina sino en términos generales, y si hay son escasos. Y si hay es proyectado desde el enfoque de personas que nos vienen a estudiar y nos vienen a ver, en la universidad tenemos varios componentes, al menos tratamos de desarrollar..., tenemos el componente educación que tiene que ver con el desarrollo de todos los programas curriculares, también tenemos profesionales en el campo de la medicina donde les estamos diciendo, proyéctense a desarrollar un programa, aunando los conocimientos que tienen de medicina de afuera con los conocimientos tradicionales, ese del trabajo de un equipo a nivel de médicos, igual en el campo de la productividad con los ingenieros que tiene que ver con la parte agropecuaria, cada espacio a su debido...

Ellos finalmente, suponiendo que aquí necesitamos desarrollar más carreras, cada componente es una actividad que debe realizarlo unas personas, por ejemplo a nivel de la economía rural nuestra, necesitamos un enfoque hacia dónde vamos, esto no está escrito en ningún lado, y si tomamos un enfoque de la economía hacia afuera muchos conceptos no sirven. Pero necesitamos tener un enfoque sobre lo que tenemos, ¿cómo administramos nuestra economía?, ¿cómo lo explicamos?, entonces igual ocurre con el caso de la medicina. En cierta forma no va a encontrar textos en todos estos detalles, se está investigando, está en



desarrollo, y algunos habrán elaborado cosas muy mínimas, y en otras hay la proyección hacia un futuro, en el desarrollo de la universidad.

Pero su ponga que también pasará en las otras disciplinas, lo que yo me he encontrado un territorio muy amplio, muy diverso, incluso los propios ngöbes son muy diversos, las prácticas medicinales son tremendamente diversas. Yo me encuentro zonas donde el sukia como Bocas del Toro, Kusapin, etc, donde no tenían tanto peso como en otras zonas. Hay demasiada fragmentación, ¿cómo se sistematiza eso?, ¿cómo uniformar?, si vamos a generar una medicina intercultural tendremos que tener una serie de denominadores comunes. No si esto es posible..., esta es una pregunta abierta...

**Abogado de la Universidad (A.7).** Nosotros tenemos que decir, mi nombre es **Juan Carlos**, en apoyo a la universidad. Eso que usted dice de que hay varias situaciones, varios componentes, eso se da porque si bien estamos en una Comarca Ngöbe Buglé, nuestra realidad es que ha habido una absorción por parte del sistema nacional. Esa absorción se da en la medicina tradicional, en lo que es la educación, lo que es la justicia, es decir lo que estamos protegiendo y conservando, a partir de la creación de la Comarca a partir de 1997. Prácticamente, ya ha sido bastante debilitado, porque anterior a la Comarca regia un territorio sin comarca, el sistema nacional ha absorbido las prácticas, sin embargo aún así hay prácticas todavía... Se conocen prácticas en todo esto que estamos hablando, en este caso de la medicina tradicional, cuando nosotros hablamos, de educar sobre esto, hablamos de hacer materiales sobre eso... es más bien una meta que tenemos. Uno de ordenar, otro de reestructurar, otro de rescatar, entonces estamos poniendo por delante, un trabajo, una meta que hacer y sobre eso educar. Para nosotros todo eso, todo eso es sistematizarlo, todo eso es ordenarlo, otras prácticas que difieren..., todo eso es un trabajo que se puede hacer, es posible...

Entonces, tanto para la medicina tradicional como en otro espacio, de la justicia tradicional también está. Encontramos que también tienen agarraderas, hay algunas prácticas que se han debilitado, sin embargo, en este tema, en la medicina tradicional, en la educación y en la justicia. Dentro de la Comarca hay interés de ordenarlos que se aplique y se rescate, se siga educando sobre estos temas. No es algo completado, entonces, esta universidad uno de los eslóganes es el rescate...

Ordenación a fin de que volvamos a esos espacios que ayudan a resolver la situación, así vemos más o menos...

**Entrevistador:** Hay una afirmación que me llamó mucho la atención de un líder de la Coordinadora de los Recursos Naturales e Hídricos de la Comarca Ngöbe Buglé, el mayor cambio de la comunidad, históricamente, mucho más que el estado en su intento de homogeneizar culturalmente a los ngöbes, incluso de la entrada de las multinacionales en sus proyectos extractivos, con empresas hidroeléctricas o la minería. El decía que lo que más ha cambiado la comunidad es la entrada de las iglesias católica y evangelista porque habría una serie de cuestiones espirituales que lo gestionaba la comunidad, por medio de los sukia. Pero llegaron estas iglesias que les quitaron el liderazgo espiritual y se lo quedaron ellos. Hicieron una escisión entre lo espiritual y lo material, que es algo que no es originario de la cultura ngöbe, es algo que hicieron estas iglesias, el no lo hacía en términos peyorativos, incluso el era

cristiano, católico. No sé qué opinión tenéis... había médicos tradicionales que no estaban de acuerdo con ese planteamiento...

**Profesor de la Universidad, A.8.** Mi nombre Mariano. Es importante el tema, y voy a colaborar en mi parte, en cuanto al tema de la medicina ha habido curiosidades frente a la divulgación de los conocimientos de los usos de cada planta y su nombre. Por cuestiones de ociosidades que se han dado en el camino, los ngöbes tenemos eso..., pero si como dijo aquí el licenciado Juan Carlos, tenemos a nuestro favor todos los recursos y la oportunidad de investigar y estudiar, solo que necesitamos una forma de apoyo de cómo explorar todo esto... En otra parte lo que diría la persona en cuanto a la relación de la iglesia, la transformación del individuo, su concepto, yo quisiera aunar a eso que parte de esto que tiene que ver mucho con la forma, o con la transformación del pensamiento y de la persona, en la actualidad de hoy que es muy diferentes al pensamiento de los ngöbes en la época de 1900, hasta 1950... es parte de la educación... porque si bien es cierto, yo fui estudiante, cuando ingresé a primer grado en algunas ocasiones entendí que nuestra única religión es el catolicismo, entendiendo que esto es así... que mi líder no es Urracá sino que mi líder es Vasco Nuñez de Balboa. Entonces vas conduciendo a... desde la niñez, el pensamiento del ser humano y entonces muchas veces cometemos... creemos lo que se nos dice de afuera, lo que leemos de los libros y estamos... y somos vulnerables en este proceso. Ya que también, cuando digo que somos parte de culpabilidad, lo digo porque dejan a la intemperie a los niños, creyendo que la educación que se les está dando a los niños es lo máximo y lo suficiente, y que él no tiene que orientar a su hijo o a su hija en nada, también es parte de un despido de nuestra parte a que hoy haya un pensamiento diferente a lo de antes. Entonces creo que no solo de la iglesia sino de ambas partes, de esta situación de cambio que estamos encontrando...

**Rector de la Universidad (A.6).** En la parte esta sobre las iglesias, obviamente...

En esto de la universidad colaboramos también en la parte de la rectoría, de esta universidad... En este concepto de las iglesias, nosotros vemos como clave... Objetivamente en nuestra cultura tenía todos esos sistemas en el pasado, el que estudia las culturas se sabe... porque ejemplo si estudiamos la hebrea, ella tiene sus elementos, espirituales y culturales, igual con la china, la china, la china tiene su propio sistema... los ngöbes también tenía sus sistema, económico, político, militar... cultural, educativo, inclusive en el pasado también tenía su sistema, sus actores y sus elementos.

Luego en el proceso histórico aparecieron las religiones foráneas, porque no solo son católicos y evangélicos, esta también los majai, los mormones, una mezcla de religiones que vinieron y se instalaron. Ahora no podemos decir que somos una sola religión, hay bastantes, inclusive hay un movimiento original, porque se da en el contexto de la Comarca que es la parte de la religión Mama Tadta. Los mama tadta también pueden decir nosotros también tenemos nuestro tipo de espiritualidad, y es más que nada una fusión entre lo tradicional y la parte esta de lo que viene, y se va uniendo, creando un nuevo conocimiento, imaginase dos mama tadta con el cabello largo y la barba larga. Entonces que significa eso, es la parte tradicional, los pueblos indígenas en el pasado que el cabello largo era algo de respeto, ahora no, ahora todos tienen el pelo corto, ya hay una evolución. Los Mama Tadta buscan respetar ciertas cosas, para meterse en ese tema hay que ser bien objetivo, porque también es una parte de que es una

realidad, es una realidad que la universidad no puede rescatar la parte tradicional de la espiritualidad porque tenemos que ver la voluntad de la población, la voluntad del pueblo. Y la universidad solamente es un ente que sistematiza el conocimiento de la actualidad y la voluntad del pueblo, por lo tanto nosotros no podemos plantear una universidad de una sola religión. En el planteamiento de la universidad se dice que es multiconfesional porque aunque todos tenemos diferentes fe, estamos tratando de hacer un proyecto de vida de cómo es cada uno. Lo mismo pasa de política, cuando vamos a hablar de política, pues se suben los humos, pero no podemos excluirlas, porque todos los que estamos en la Comarca somos políticos de diferentes políticas, de diferentes partidos políticos, entonces... Hay unas religiones que valoran mucho...

Yo siempre lo ha dicho, ¿cuál es el problema de los sukias?, el problema de los sukias que eran médicos tradicionales, pero eran como sacerdotes y líderes espirituales, cuando llegaron los poderes acá reconocieron esa autoridad y había que quitarla... En ese proceso, incluso algunas religiones que dicen que los sukias hacen brujería, pero solamente era para aminorar ese poder... Resulta a que al final se instalaron..., existe hoy un pastor de la iglesia que sea mete la virgen dentro de un chácara, el que estudia de la chácara es un kra, eso es parte de la mitología del pueblo ngöbe y la virgen es parte de la cultura hebrea, son dos cosas que coexisten... solamente hay que sistematizarlo...

Pasa lo mismo con la medicina intercultural..., nosotros como académicos, nosotros decimos no existe una universidad, ciertamente los que han estudiado lo de las universidades, los pueblos indígenas que han estudiado las universidades, de la educación superior, no hablan de universidad, ellos hablan de pluriversidad porque la universidad es un solo pensamiento, un pensamiento homogeneizador. Entonces nosotros, los pueblos indígenas hablamos de diversidad por lo tanto se debe plantear la pluriversidad, en este caso pluriversidad ngöbe buglé... como se asimila ese conocimiento. Pero lo que si es cierto que la sociedad no está preparada para esos cambios que se están haciendo, por lo que lo planteamos así universidad, porque nosotros en la práctica tendríamos que hacer otras cosas porque en la población nuestra... Pero inclusive la educación nuestra habla de interculturalidad y lo que nosotros estamos buscando es la pluriculturalidad donde está lo de bilingüismo, nosotros no podemos hablar de bilingüismo, porque esas políticas están atrasadas para nosotros. Nosotros de salida hablamos ngöbe-buglé, son dos idiomas, después el español, tres, el inglés, cuatro, y los que vamos a la universidad y estudiamos francés son cinco. Ese planteamiento no responde a lo que estamos haciendo, entonces nosotros lo planteamos así porque el estado va en ese sentido, pero en la práctica va mucho más allá... El multilingüismo... la parte de la medicina intercultural por ejemplo son prácticas que nosotros las conceptualizamos así y que ya otras universidades indígenas lo están haciendo, entonces entramos en el intercambio de experiencias, porque claro, ¿qué es lo que nosotros tenemos?, nosotros tenemos un grupo de médicos que hacen medicina tradicional también. Por ejemplo el parto, el parto tradicional ngöbe, ellos lo practican y lo incentivan, pero no está dado como una directriz en el código sanitario de salud nacional, eso está cambiando. Hay muchas cosas que cuando nosotros vamos a buscarlos en la cultura ngöbe, no están, no aparecen en internet, no están impresas. Pero cuando nosotros estamos acá nos damos cuenta, hablamos de un hospital tradicional, aquí en el 2005 se hizo la Declaración de Coerima, sobre el primer congreso de medicina tradicional de Panamá y estuvieron todos los pueblos indígenas de Panamá. Esta parte hilarlo

con el Convenio 169 y todas las leyes internacionales, hay cosas que se están haciendo, la Declaración de Coerima para unificar todas las medicinas tradicionales. Asastran está haciendo medicina tradicional tiene toda una red de personas en la medicina tradicional que elaboran informes, en el campo hay todo un grupo de conocimientos y de trabajo, entonces estamos en la cuestión de dar una estructura para sistematizarlo. Por eso decíamos usted está estudiando su tesis en medicina tradicional, eso es muy importante y muy bueno para nosotros, ahora nosotros como universidad y límite cultural ngöbe buglé, a nosotros nos gustaría que un original de esa tesis estuviera en la universidad, ¿para qué?, para ir recopilando. No solo la medicina tradicional, sino el derecho, dentro del sistema penal acusatorio unos hablan del derecho tradicional, eso tenemos que ir sistematizando, es una visión a largo plazo, que nosotros tenemos... Necesitamos formar ese tipo de pensamiento, todos a excepción de los compañeros que fueron los que iniciaron este movimiento, aquí están los que empezaron bajo un concepto de universidad rural pero resulta que los pueblos indígenas dicen, nosotros no queremos ser rurales, nosotros queremos universidades indígenas, intercultural. Movemos hacemos eso para allá, en consonancia con lo que están haciendo otros pueblos indígenas.

En materia de medicina tradicional le mencionaba que ellos están, los de aquí de Kodrí, están estudiando con los mayas y con los quichés, que hay un intercambio de conocimiento, entonces imagínese, todo eso es lo que está pasando y la gente no conoce, no conoce porque no está escrito por allá arriba, en internet, pero son cosas que se están haciendo y están solucionando a la población. Entonces sobre ese tema como es intercultural tenemos médicos profesionales, tenemos médicos que han ido a Cuba, de Rusia, de Venezuela, cuantos médicos tenemos así como 40... más, y muchos especialistas que se están especializando allá, y hace falta la sensibilización en eso, entonces hace falta esa combinación de personal..., y también integrar ese personal de Asastran, esos sabios porque la universidad tiene que echar mano de los sabios que existen, que no han ido a ninguna universidad pero que manejan el conocimiento, integrarlo en la misma universidad. Vamos rompiendo los esquemas, pero tenemos que hacerlo, hasta cuando esto se sistematice y esto salga, estos conocimientos se puedan trabajar de otra forma. En segundo, la medicina no indígena que está operando en el área que ya es parte nuestra, porque es como la religión, la universidad no entra en ese proceso, la universidad trata de ser objetiva, no entra en ese proceso "yo quiero lo originario", pero si la población lo está pidiendo... yo tengo que respetar lo que el pueblo diga. Entonces ellos...eso es parte de la medicina tradicional aunque se formó en Cuba, aunque se formó en México, aunque se formó en Rusia, está haciendo medicina tradicional, se ha fusionado el conocimiento, eso no se lo han enseñado en las universidades, eso lo vio acá, que la población le gusta hacer eso así... Dicen ellos algunos amigos médicos lo importante es que nace... si se siente bien así... y ya listo...

Eso es un elemento de todo el sistema de la medicina tradicional y se está haciendo, empieza el intercambio de experiencias... es igual como todo cuando hablamos del derecho indígena sino existe el derecho indígena y la justicia indígena, entonces porque estamos hablando de eso, estamos hablando de eso porque existe. El derecho indígena no solamente es nacional sino que es internacional, que pasa con el derecho inca por ejemplo... En materia de educación, la educación tradicional existe..., entonces como sistematizamos eso, pero claro somos conscientes que es una visión a largo plazo y de cambio de esquemas mentales, inclusive de los mismos profesionales dentro, porque venimos de universidades no indígenas,

de hecho ya están trabajando algunos proyectos para enviar algunas personas a estudiar en universidades indígenas para cuando vengan de allá, para que se pueda dar forma a ese pensamiento, no sé si de aquí a allá entonces se llamará pluriversidad. Ahorita universidad porque es lo que se maneja pero nosotros estamos claros que hay cosas que van más atrás de lo que nosotros quisiéramos.

**Entrevistador:** Según la conversación se me quedan tres dudas, ¿la universidad indígena es la única que existe en territorio indígena en toda Latinoamérica?

**Rector de la Universidad (A.6).** En el contexto nacional es el primer modelo, como universidad intercultural en territorio indígena, en Abya Ayala hay muchas universidades indígenas, en Bolivia 8, México tiene como 8, Ecuador tiene como 6, pero dentro de esas universidades hay unas clasificaciones. Por ejemplo hay universidades indígenas que están llevadas por no indígenas, son personas, antropólogos, sociólogos, muy sensibilizados en el tema y dicen “necesitamos crear un organismo superior para sistematizar eso, sino se va perder”. Ellos entran y crean las universidades para los indígenas, lo que nosotros estamos planteando es crear esas universidades pero que los pueblos indígenas sean los facilitadores del proceso, eso no cierra la puerta a nadie, en la medida en que no tengamos a un especialista, por ejemplo en el caso de antropología ngöbe, no lo tenemos, y que hay una persona, si está muy documentado en el tema, vamos a integrarlo hasta cuando más adelante aparezca una persona. En el caso de los abogados indígenas, ¿cuántos abogados tenemos?, treinta y algo, el grupo de abogados, conocen la temática, conocen la temática y parte de lo tradicional, porque no ir acercándonos a eso, con todas las otras ciencias, la medicina, la educación, la parte del manejo del suelo para el manejo de la producción. En ese sentido, nosotros nos montamos el cambio de universidad rural a universidad indígena porque estamos en conversaciones para entrar en una red de universidades indígenas e interculturales y comunitarias de la Abya Ayala. Inclusive plantea acreditación especial para las universidades indígenas, entonces porque hay desigualdades y no pueden ser tratados en la misma dimensión que las otras universidades. Entonces si existen, existen bastantes y en un momento dado cuando ya esté consolidado este proyecto, porque ahora queremos llevarlo a la Asamblea Legislativa para que se cree mediante ley, una universidad indígena, pero que sea autónoma, en el territorio porque nosotros no podemos depender, si queremos construir este proyecto no debíamos depender de otras universidades que no están sensibilizadas en el tema porque encontraríamos un problema bien grande. Entonces por eso estamos fundando para ir Asamblea Legislativa estuvimos en un Congreso General para que les diera el aval, y así han dado este aval a la universidad, a falta del tema con la Asamblea Legislativa, a ver cómo va ese el contexto... vamos en ese sentido. Nosotros necesitamos ser autónomos en nuestros recursos, en nuestra administración y en la oferta académica. Nosotros tenemos que ser autónomos porque sino... no vamos a desarrollar lo que nosotros queremos. Entonces por eso ese cambio, pero existen varias universidades...

**Entrevistador:** Dos cuestiones que no me han quedado claras, hablabas del sukia que se le reconoció, en la Carta Orgánica Administrativa, pero luego había un poder que había que quitárselo...

**Rector de la Universidad (A.6).** En el Carta Orgánica se reconoció al sukia y no solamente a uno sino a diferentes clasificaciones de sukias, pero están ahí, inclusive el MINSA, el sistema de salud según la ley 10,

ellos tienen que crear una dirección de medicina tradicional, pero no lo han hecho... Pero existe y hay una política... con el tiempo se va a ir modificando. Asastran y el MINSA, el MINSA tiene que cambiar mucho... Hay un discurso de valoración a los pueblos indígenas pero en la

práctica cuando yo estuve en un seminario lo que se le decía a los sukia, era lo que estaba haciendo y lo que el MINSA quería, ¿qué pasa con el conocimiento que tienen los pueblos?, no está regresando para acá, ¿cuál es el discurso que se maneja y cuál es la realidad de los indígenas?, los pueblos indígenas siguen haciendo sus prácticas, ahí está Asastran y hay muchos médicos, y muchas personas que nos están inscritas en Asastran y los están haciendo. Incluso hay otras entidades, por ejemplo Ichi Druribo, según el presidente tienen 362 médicos, que son bastantes. Muy asociado a esto, hace unos años era una hipótesis luego paso un diagnóstico y ya pasó a ser una realidad contrastada que no se armoniza la medicina tradicional con la otra medicina, siendo uno de los artículos de la ley, es un imperativo legal que fuera así, ¿por qué?

**Abogado de la Universidad (A.7):** Para esto tengo la siguiente opinión y va como se repite esta situación en otros temas, y hablando de la armonía de la medicina tradicional sobre la otra medicina o sistema de medicina de salud nacional, vamos a encontrar una mora sobre esa meta. Pero no nos debe extrañar porque así está en todas las situaciones, para eso pongamos como ejemplo los otros servicios e instituciones estatales, pongamos como objetivo, como ejemplo la justicia tradicional, de todo ellos se puso en la ley, pero de todo ello no se ha completado sino va muy progresivamente, muy lentamente. Entonces nosotros ponemos algunos motivos, uno es la voluntad externa, aún así, muchas de las situaciones dependen de afuera, del estado, del gobierno central, hay una falta de voluntad, porque alguna de estas cuestiones también conllevan recursos y por otro lado el motivo es, se le puede poner la responsabilidad de esta demora a la propia, a los propios actores de la Comarca. No ha habido en enfoque, si ha habido pero no ha llegado a concretarse, esa unidad, esa concreción... ponerle ya... fecha de cumpleaños como decimos nosotros para que las cosas se den. Para que la medicina tradicional tenga el sitio que se espera, una ley... Entonces, voluntad externa del gobierno por decirlo así, falta de armonización, falta de consenso, aquí internamente entre los distintos actores que tienen que ver con eso... decimos lo siguiente y volvemos a lo mismo..., varias cuestiones de nuestra ley, no se han contestado, igual, en ese sentido la medicina tradicional en esa situación.

Volvemos a la absorción, viene todo de afuera, eso es lo que se vive, eso es lo que se presupuesta, los números de gasto, pero que estadística, qué números de presupuesto se da para la justicia tradicional, bastante exigua... Tiene que haber algo pueda ser un buen tema, de consenso de tomar rescatar otros temas... Como el Congreso de Coerima, eso necesitaba seguimiento, eso necesita más impulso. Por acá primeramente interno, porque aquí, no se le da eso... el estado no le ha prestado la atención que se requiere...eso que se puso en la ley falta concretarlo, necesita una prioridad, una meta, una fecha de cumpleaños como se dice... para que se concrete, porque cada sistema..., cada gobierno que viene, viene con un sistema de afuera...absorción... con su institución, la medicina, con su sistema... sino queda relegado, queda debilitado ante esa situación... no se le da esa prioridad, ese estudio, esa investigación, inclusive presupuesto... Eso es lo que pasa...

**Presidente de la fundación (A.5):** Un poco lo que usted preguntaba en caso de la universidad indígena, el caso nuestro es que tenemos varias extensiones universitarias en la Comarca. Son extensiones universitarias del estado que el enfoque es lo que aquí le llamarían tradicional, en el sentido de lo común de afuera se trae a la Comarca. En ese sentido, el único proyecto que nace de la Comarca con personas de aquí, con profesionales de aquí, es el proyecto de Universidad Ngöbe Buglé que es un proyecto universitario que surge de las inquietudes de los conocimientos básicos de los profesionales que se han formado aquí. Quiere decir el concepto de universidad estatal con extensión en territorio indígena, este el concepto nuestro de universidad autónoma creada en territorio indígena, conformada por profesionales indígena, con otra visión de lo de afuera, esa es nuestra visión. Porque lo que yo señalaba antes, ya basta de que otros son los que hablan por nosotros, otros son los que hacen los trabajos por nosotros, otros son los que perciben recursos a nombre de nosotros, lo administran, lo aplican y lo justifican. Y nosotros seguimos igual.

Nuestra visión es que la única manera de elevarnos, hacer algo, es una institución de esta naturaleza, que forme a nuestra gente para la autogestión y para todo lo haya que hacer.

Esto nace como producto, en la ley 10 que crea la Comarca, se crearan universidades, instituciones autónomas, semiautónomas. Retomando eso, han habido iniciativas de medicina tradicional de Asastran, allí hay grupos que se fueron organizando poco a poco, tienen ayuda de afuera, en el caso nuestro igual, la iniciativa surge... la ley nos permite hacer eso. El estado nunca va a decir... bueno voy a hacer esto...sino que nosotros... de la inquietud nuestra surge un grupo y empieza a desarrollarse con mucha lentitud... porque hay una cosa clara... por ejemplo yo respondo al ministerio de educación, a la dirección general de interculturalidad. En la ley 10 tiene 14, 15 años de vigencia la educación intercultural, bilingüe, en la ley orgánica de educación tiene alrededor de 25 años, hay 11 artículos de educación intercultural, la Constitución Nacional dice que se diseñará y se aplicará una educación especial para los territorios indígenas. Y último la ley 88 tiene 4 años de ser aprobado en este país, y uno de los últimos artículos dice "...a partir del 2012 el estado proporcionará los recursos necesarios para la implementación...de la educación intercultural a nivel general". Dice eso desde hace 4 años, pero en este momento si yo camino, yo soy funcionario, respondo a eso, tengo que responder... si yo me movilizó a algún lugar, a algún taller, a alguna vivienda yo lo hago con mi bolsillo, como decimos aquí popularmente, porque el ministerio de educación no tiene transporte para eso, no ha puesto presupuesto para esto, y es una dirección nacional. Y hay una ley 88 que dice a partir del 2012 el estado dispondrá los recursos necesarios para la implementación, entonces aquí que estamos haciendo... Cada vez que surge una idea de esta naturaleza el pueblo, las comunidades, la gente afectada, como en el caso nuestro, la gente interesada, tenemos que crear un mecanismo de iniciar con algo. Por el camino hay de todo, hay compañeros y amigos que nos animan, por el camino hay compañeros que nos dicen eso no te sirve porque hay un interés... Fundamentado por ejemplo en la parte de la iglesia que usted preguntaba también, la iglesia nos ha dividido enormemente igual que la política, aquí en cualquier rincón que usted va, partidos políticos e iglesias, esos dos entes no son diferentes en el territorio ngöbe. Aunado a eso, los funcionarios que tienen que responder al interés político, partidos políticos, no miran un proyecto de esta naturaleza, planteado como un proyecto social, proyecto general, le dije al principio, este un proyecto con un enfoque integral en el territorio ngöbe, donde estamos hablando que es un proyecto de vida, de la cultura

ngöbe, patrimonio de la Comarca Ngöbe. Quiere decir que ya sean religiosos, ya sean ateos, ya sean lo que sean de donde vengan, debería enfocarse en el desarrollo de esto. Cuando hable de las extensiones universitarias, es lo más fácil que hemos encontrado, yo hago el mandado, hacer el mandado, es más fácil que ser generador de ideas. Es lo que prevalece... Encontrar un grupo con una visión clara de que queremos hacer..., a lo mejor yo no veo lo que se desarrolla en esta universidad finalmente, pero hemos proyectado e hemos iniciado un camino que sabíamos que era difícil. Pero para nosotros más autónomo, más original, donde un profesor nuestro, donde un estudiante puede expresar lo que siente y conoce de su cultura. Más no tener que ir a los textos y a las cosas que los otros han dicho de nosotros, o sea no han acostumbrado a ser conformistas, a escuchar la historia nuestra contada desde afuera y no contarla nosotros mismos desde nuestra visión, desde nuestros conocimientos, de eso se trata. De rescatar esa parte, donde los protagonistas de todas estas actividades que no se están haciendo, sean propiamente y sean tomadas en cuenta... A veces surgen cosas como esas y son limitadas, en el sentido que hay que acondicionamiento... por ejemplo aquí le estoy hablando en nombre de una universidad, de una fundación, es más fácil para mí ser una extensión universitaria de las existentes, ya tuviéramos un edificio aquí, un complejo. Pero no soy la autoridad, ni la Comarca es la autoridad, la autoridad de aquí, los congresos, los caciques, los sukia, todo estos componentes son la autoridad que debe componer, estar reflejada y cerca del proyecto que estamos haciendo, en una extensión las autoridades nada más dan su firma para que luego se aplique lo que ya está elaborado, entonces queremos cambiar esto. Este es el sentido del desarrollo y el proyecto de la Universidad Ngöbe Buglé. Y en Panamá es el único proyecto de esta naturaleza, universidad con aspiraciones de creación en territorio indígena, ideada por profesionales y autoridades indígenas, es la única. A nivel nacional extensiones universitarias de la que ya están vigentes... eso quería aportar un poco...

**Rector de la Universidad (A.6).** Además de todas leyes... la ley 88, hay en el artículo 10, del capítulo 2 de la ley 88, dice "las universidades, y demás institutos de nivel superior podrán promocionar las distintas facetas de la educación intercultural, bilingüe, estableciendo... historia, lengua, cultura,... programas diplomados, licenciaturas, posgrados y maestrías...sobre carreras específicas", nosotros no planteamos una educación intercultural, nosotros planteamos una universidad. Crear temas específicos posgrados, doctorados, ...

**Entrevistador:** De todas maneras en términos de leyes, lo poco que se de derecho, el problema de la leyes que he visto yo en la Comarca, es que si manifiestan una serie de artículos y de cómo se tiene que organizar pero la propia ley no recoge la sanción. Es decir ¿qué pasa sino se cumplen esas leyes?, no dice nada. Creo que ahí el ordenamiento jurídico se queda un poco cojo, porque cualquier ley que no tiene consecuencia sancionadora en caso de incumplir está destinada a no cumplirse...

**Abogado de la Universidad (A.7):** Las leyes no se dice una sanción por la no aplicación, no se dice una fecha de cumpleaños y por otro lado, también muchas cosas falta por reglamentar y no se ha procedido al siguiente paso. Son tres cosas que podemos mencionar que incide en los temas que estamos hablando, incide en la demora y que la justicia... y que la medicina tradicional ocupe un mejor lugar acá en la Comarca Ngöbe Buglé



**Entrevistador.** Otra cuestión que ha surgido, y no os interrumpo mucho más, ¿los mormones hicieron una religión especial en la Comarca?, es lo que he entendido a Demetrio.

**Rector de la Universidad (A.6).** Los mormones son los mormones, ellos no se mezclaron...

**Entrevistador:** Como los Mama Tadta, que son un sincretismo, una mezcla entre el catolicismo...

**Rector de la Universidad (A.6).** Hasta donde tengo entendido no los mormones siguen siendo ellos... igual que los adventistas... Esto es aculturizante... se pone aquí...una escuela que tienen le ponen un nombre líder de su comunidad, Urracá...eso es lo que pasa, analizando.

**Entrevistador.** Si los mama tadta son diferentes y tienen diferentes grupos, ayer conocí un grupo cruzoley, que al parecer van vestidos de blanco que no son exactamente mama tadta porque había 7 grupos mama tadta.

**Rector de la Universidad (A.6).** Si son uno de ellos son 8 facciones que existen, algunos son más radicales que otros. Ellos se dieron cita, el último encuentro que hubo... como 35 mil... y todas las facciones. Hay una cosa que los está uniendo y es que ellos quieren que la bandera, Mama Tadta sea la bandera de la Comarca, hay un punto... Que va a suceder pues son procesos que se están dando en la Comarca. Igual que nosotros... estamos con la educación y ellos están con la parte espiritual, y siguen su proceso. Entonces, mama tadta son como 8 facciones. Incluso el Congreso General que dio aquí en Atochamí, la semana pasada, ellos pidieron cortesía de sala en el Congreso General. Y presentaron el papa, el papa mama tadta, que entregó la bandera para el Congreso, que la bandera hondeara en la capital de la Comarca. Y el papa apareció...eso de que aquí hay papa de que aquí hay una tierra santa...

**Entrevistador.** Es la religión oficial según la ley...

**Rector de la Universidad (A.6).** Si...pero se respeta... son cosas que se están dando por ahí...son esas 8 facciones. Pero mama tadta tienen una misma raíz, como movimiento espiritual sufren las mismas situaciones y fenómenos que sufren todos los movimientos espirituales. El catolicismo al principio... pero se dividió y se sigue dividiendo, eso es el proceso normal...

**Entrevistador.** Lo último es la pregunta que me plantean a mi catedráticos, profesores, de otras universidades, ... , yo les expongo todo el proyecto de tesis, ¿qué futuro tiene esto?...¿la cultura ancestral y la medicina tradicional?

**Presidente de la fundación (A.5):** Eso viene de la formación misma... en mi caso yo fui primer grado, la primera vez que fui a la escuela mis docentes eran alguien que no hablaba ngöbe, con una visión completamente diferente del origen de la familia que yo provengo. Era prohibido hablar en el idioma de nosotros, había que hablar en español... cosa que no sabía hablar, ni ninguno de los que estaba...Y era terminante prohibido que las niñas fueran con su vestido, era terminante hablar en nuestro idioma había que hablar el español, las muchachas tenían que ir con traje... ese modelo de educación se aplicó... todos mis compañeros en su tiempo de estudios siguieron ese mensaje. Que lo nuestro era feo, que lo nuestro era malo...por un lado en la escuela eso, por otro lado en la iglesia, tomar medicina era malo, era maligno, esa fue una visión de la iglesia, y en la escuela hablar ngöbe era malo... Ese mensaje recibieron

nuestros padres y todos los que estamos aquí, lo recibimos nosotros...De esa generación a la actual... ir despreciando lo suyo...limitar el acceso a la información propia tomando, aculturizando, con lo que estaban diciendo, esa imposición. Definitivamente que cambiar eso ahora es un trabajo enorme, muy grande, muy difícil, aun más si el estado como gobierno no nos toman en serio... Lo que yo dije aquí hay grupos, que han ido formando grupos interesados en... como convencer de la noche a la mañana a nuestra gente... usted recibió la información tal pero hoy en día la cambiamos a tal...los libros de historia, de ciencias sociales, de estudios sociales cuando estaba en primero y segundo grado quedaba con la boca abierta... Cristobal Colón llegó a América e hizo estas mil maravillas...hoy en día sabemos que no fue así...nos enseñan desde allá lo que el padrecito escribió...pero nunca nos dijeron que nuestro verdadero líder era Urracá, Hironдай... estos son nuestros líderes!, no se conoce... desde el concepto curricular. El diseño curricular... que la gente conozca lo suyo sin olvidar que hay otros patrones que están en lo necesitado... esa es la base de lo que nosotros planteamos... yo pienso que...lejos de querer olvidar aquello...retomar. Es cierto cuando yo hablé en la escuela los docentes, cuando yo hablé de la ley 88 con la Dirección General de Educación Intercultural Bilingüe, dice que se aplicará todas las escuelas, se enseñará de manera paralela español ngöbe, español kuna, español emberá... a nivel nacional, según la cultura donde esté, se dice, todos los docentes serán actualizados, se formaran en capacidades a nivel de la universidad, institutos. La educación intercultural bilingüe se entiende desde el nivel inicial hasta el nivel superior, eso dice... Pero si el propio ministerio de educación que tiene que poner los recursos económicos, para orientar, para capacitar los docentes, no lo está poniendo ¿quién debe tomar acciones?... Nosotros, y de eso hay muy poco... que se arriesgan a trabajar con lo que tienen... con lo que pueden hacer...entonces es un tanto difícil esta ley... Por aquí tengo un CD con todo lo de la ley, la hemos repartido a nivel de escuelas, a los directores, hemos reunido a los supervisores... aquí está... impreso el material... Cuando llegamos a la escuela nadie sabe nada, simplemente la vetan o toman de esa manera... es difícil el trabajo pero no imposible, porque vemos a diario, vemos en una escuela por ejemplo de 20 maestros hay 4 que le interesan y que están aprendiendo ngöbe... están aplicando lo que se está diciendo, que se visten con la modalidad, de representatividad de la cultura ngöbe. Ahora mismo en esta comunidad, creo que todas las demás, el 10... 4 de noviembre... se hace una muestra donde varias escuelas compiten por banda, en esa competición me sorprende la competición usando los motivos ngöbes para competir a nivel concurso...

O sea si se está generando, tal vez no en el avance que quisiéramos pero de uno u otra manera se está generando eso... nuevamente retrayendo...siempre hay oposición, por ejemplo ayer me hablaron de un director que dijo que esto no va a ningún lado... siempre habrá eso...yo hoy le estoy dejando un paquete como regalo... toda la ley que difunde...el verá que hace... pero yo tengo esa obligación y el deber... y él como director... Una vez, como usted bien lo sabe, que nos damos territorio tenemos que adaptarnos a las leyes que existen...y esto... la mayoría de los docentes son procedentes de la Ciudad de Panamá, Veraguas, David...ellos no están habituados, vienen con otro concepto, que hay una oportunidad de trabajo, pero no vienen con esa vocación a lo que vienen entonces es una tarea...le corresponde a las autoridades nuestras... a las autoridades comarcales, comunidades, los padres de familia... ir a poco a poco... y si ahora no tenemos los productos tan relevantes como tal... si estamos trabajando en ello...

Entonces hay comunidades donde nos están pidiendo urgente, un maestro, un profesor, que dicte clases en ngöbe y no tenemos la capacidad, el ministerio de educación no tiene personal especializado en esto, lentamente.... Lo que estamos haciendo es capacitar al docente en el manejo de la escritura y la lectura, sobretodo dirigido a la educación básica...preescolar, primero, segundo, tercer grado... ya tenemos el programa curricular para aplicar en el programa preescolar, primero, segundo y tercer grado, tenemos los programas, hemos entregado. Estamos dando el seguimiento, todavía hay docentes opuestos a esto... hay supervisores que todavía no miran esto como tal...no vamos poder, ni podemos erradicar este concepto de negatividad después de 500 años que nos sometieron, hicieron todo esto...nos dijeron que todo lo nuestro era peor. Ahora hay que decir a nuestros niños, a nuestra generación, esto es bueno, aunque ya tienen conocimiento que de las plantas nuestras es de donde se elaboran las píldoras pero nos la venden a otro precio.

Eso...yo pienso que así como le digo, los resultados no son tan... en cantidad aumentada... exitosos pero si lentamente, a medida que cada grupo intente trabajar y a medida que lleguen ayuda de afuera. Porque esto es bien importante señalarlo, las ayudas de afuera ya no pueden venir a través del gobierno donde todo lo politiza, esas ayudas deben llegar directamente a las organizaciones, las comunidades que realmente son beneficiarias y los que son los protagonistas de llevar a cabo el proyecto. Cuando las cosas lleguen a través del gobierno esto es política, para que alguien desde la Ciudad de Panamá planifique algo nosotros aquí dando la información, entonces es por eso estamos hablando del desarrollo de una universidad que pueda generar capacidades de gestión, autogestión, hablando de su conocimiento desde su base cultural.

**Cacique local (A.9).** Tratamos de colaborar la universidad que lleva a cabo los grupos profesionales de la Comarca Ngöbe. Con el fin de impulsar rescate, la preservación de lo que es la cultura ngöbe, también como ustedes ven, bíblicamente hablando uno de los versículos establece que toda... para difundir la palabra de dios hay difundirlo en el idioma en diferentes rincones y en diferentes lenguas. A partir de esta, de allá para acá... se establecen eso... pero el sistema educativo que existe a nivel nacional que por ahora se practican y que puede existir leyes, por ejemplo de la ley 88, puede existir en teoría pero en la práctica no se está aplicando, entonces me parece que en la universidad bilingüe intercultural trata de impulsar este tipo de proyectos y de retomar las leyes que están a favor de los pueblos indígenas y retomar algunos conocimientos tradicionales que estamos perdiendo por el sistema que el gobierno nacional ha establecido en las diferentes instituciones de la comarca. De esa manera, de una u otra manera, las poblaciones indígenas, han estado bajo ese, ese sistema, que nosotros... o sea diversas formas de llevar la población indígena que poco a poco vaya perdiendo lo que es la cultura... incluso usted está hablando de la religión...la religión se puede retomar un grupo de ngöbes... entonces esos grupos le ponen nombre como por ejemplo las paces guaymies... fuera un grupo que están dirigido por un ngöbe o constituidos por un ngöbe pero por sin embargo en estados unidos, en california es el que está dirigiendo esa religión, entonces igual que "bajay" y otras religiones...

De diversa manera de cómo culturalizando, nuestra población que no es la propia es la de ellos... los libros, los textos que vienen para los diferentes centros educativos, entonces vienen con un mensaje o con una forma... los niños desde pequeños vaya tomando más importancia

la cultura o la forma de aprendizaje... en el sistema del estado...que propiamente nuestra cultura se quedando hacia atrás, entonces pienso yo, de una u otra manera alguien debe hacer algo. Para que ese conocimiento tradicional no se vaya perder como lo que es la planta tradicional, incluso existen aguas termales que son conocimiento de los pueblos indígenas, y esos son ... se ha estado perdiendo... pienso que este... de una u otra manera se está haciendo el trabajo y esperamos que el futuro de esto... El gobierno nacional pueda reconocer y también incluso la UNESCO reconocer esto, este sistema que nosotros planteamos al estado... para

formar parte de la red que habla del proyecto... que habla Demetrio y que eso se haya tomado en cuenta, nosotros esperamos que se valore nuestro pensamiento e impulsar nuestra cultura hacia adelante retomarla y preservarla. Que se rescate esto, eso es lo quería aportar en cuanto al tema de hoy.

**Presidente de la Fundación (A.5):** Usted decía el futuro de este proyecto, que queremos en el futuro de este proyecto universitario y del desarrollo de los programas que en el futuro nuestras comunidades tengan profesionales propiamente en diversos campos. Ya enfocado propiamente al desarrollo de la parte cultural sin descuidar que también hay conocimientos de afuera que son básicos para nuestro desarrollo. Anhelamos que en el futuro, pasado diez, quince años en todas nuestras escuelas comarcales se esté enseñando en el idioma materno y en el idioma español. Que nuestros niños vayan saliendo de las escuelas dominando su idioma, su cultura, dominando conociendo el idioma español como tal, se inserta el conocimiento... Además que los muchachos sepan los conocimientos de afuera pero vayan con el conocimiento este.

En el futuro aspiramos que todos nuestros docentes dentro de la comarca estén hablando, enseñando en el idioma materno, alguien dijo por ahí que en nuestra comarca se habla el buglé, se habla el ngöbe... hay comunidades llegan hablan buglé, hablan ngöbe, hablan español y les están enseñando inglés. El docente que apenas habla español se está quedando... eso es una realidad tanto en los ngöbes como en cualquier otro grupo. Uno a Emberá hay un lugar donde hablan ngöbe, hablan emberá y hablan kuna, hablan español, y les están enseñando inglés, y el docente que llega de la ciudad solamente hablando en español y quiere que los niños se enfoquen en eso nada más...

Queremos que en el futuro desde los niños hasta los docentes estén transformados para llevar esto adelante, que no se pierda el idioma, la parte cultural... eso es nuestra tarea...

**Abogado Universidad (A.7):** En cuanto a futuro...nosotros nos sentimos que optimistas, nos sentimos que hay disposición de seguir el camino que hemos señalado, como se dijo hay todavía prácticas en el tema de la medicina tradicional que si se desarrollan serían mucho más útil de lo que es ¿no? Entonces igual, otras prácticas en otras aéreas de la educación, o de la justicia tradicional que hemos mencionado también... todo ello... en el área que le corresponde va a facilitar y ayudar y aportar de gran manera al desarrollo de la Comarca Ngöbe Buglé. La medicina tradicional siempre se menciona porque como se ha dicho siempre, el punto más importante en toda persona, la salud, la medicina... entonces... como se dice anteriormente antes no existía la medicina ordinaria, la medicina que viene desde afuera sino la tradicional. Muchas cosas se solucionaban con esta medicina tradicional, entonces nosotros pensamos en primer lugar que hay personas que están aplicando esta medicina, hay personas que tienen interés en

desarrollarla, nosotros cuando pensamos en un proyecto como este, una universidad u otras dimensiones que apoyen esta iniciativa va a haber mejor futuro, va a haber mayor fuerza y se puede lograr como se dice optimizar más esa medicina a favor de la población ngöbe buglé.

La medicina está allí, las prácticas están allí... lo que hay que darle es mayor prioridad, hay que acordarlo más, entonces haciendo eso y tomando eso, nos parece que es un futuro positivo. Lo que hay que hacer es ir hacia allá dando los pasos que hemos mencionado, desarrollarlo e investigarlo, entonces... tiene futuro, lo que hay que hacer es ir en busca de eso, crear las alianzas, las condiciones. Porque esta es la medicina que ha solucionado antes y sigue solucionando aunque en menor aplicación puede decirse, actualmente, pero está ahí presente. Entonces es una cuestión de voluntad, de disposición, de unión, para que tenga un mejor futuro, porque todos tenemos que aportar... la medicina tradicional solo aportaría aquí, pero puede aportar hacia afuera en la medida que se relegue allí donde no vaya a aportar ni para nosotros. En la medida que sobrepase todas las situaciones en un desarrollo invaluable... el desarrollo que puede ser... nosotros lo miramos así... nosotros estamos como universidad viendo a otros actores que están cargando esos proyectos... en futuro estar poniendo más hombros a eso, desarrollarse... buscarse esa meta que se tiene...

**Rector de la Universidad (A.6).** El futuro no solamente de la medicina tradicional, el futuro de esto, me refiero al valor de la cultura, cultura como un patrimonio primero nacional, luego va a ser un patrimonio mundial... va a aportar... por aquí han pasado profesores de la universidad de Canadá, hay otras personas que han venido a conversar por aquí a investigar, había uno de Estados Unidos que vino, uno de pueblos indígenas, se sentó a hablar con nosotros y cuando le plateamos el modelo y lo que habíamos hecho se fue triste, porque siendo de pueblos indígenas no había conseguido una idea como esta... una universidad propia.

Los pueblos indígenas de los diferentes países son tratados dependiendo de su... hay pueblos que son muy bien tratados, hay pueblos que su minoría no hace una presión... por eso es que él se fue triste porque llega y plantea, y ve el modelo que le planteamos. Entonces hay muchos principios... la parte tradicional, nosotros no vamos a invitar a los italianos, a los japoneses o a los españoles a una balsería... aunque si lo han hecho... de repente es una práctica que no tendría... pero si hay principios que pueden ser aplicados en diferentes cosas, hay principios que podemos aportar... En Costa Rica hay unas industrias que se fueron aquí a la medicina tradicional para después patentizar ese conocimiento, y ¿quién se lo dió?... por eso el derecho de autor..., hay una gama de conocimientos que se pueden aportar no solamente a las localidades sino hablamos del contexto mundial. Porque hay una cultura como nosotros... si bien es cierto que la cultura tradicional sufrió un estancamiento... lo que usted ve es porque sufrió un estancamiento de 500 años si no hubiese ocurrido ese proceso, todo lo que sucedió, esa medicina hubiese evolucionado. Se estancó porque... por lo que sucedió entonces lo que tenemos es que rescatar eso... tenemos más de 10 mil años de estar aquí, un idioma no se desarrolla de la noche a la mañana, nosotros tenemos un idioma completo, con estructura gramatical... en todos los sentidos no solamente la medicina tradicional, está también en la economía, en la agricultura, en la política, inclusive nosotros planteamos un modelo de innovación espiritual en la comarca, imagínese... Si lo vemos con esa visión... vamos a poder aportar mucho más hacia la población, sin cortar el nivel interno, en materia de universidad, las Naciones Unidas..., nosotros lo podemos hacer, primero por la cantidad de personas que somos en el país. Por eso

lo planteamos, ¿por qué los naso y los bri bri no lo pueden plantear? porque ellos son más reducidos, tan reducidos que el estado a este año no les ha reconocido un territorio comarcal, porque no hacen una fuerza especial. También tiene que ver con las leyes, ¿por qué las leyes no las ejecutan? Porque no sale de la voluntad de los gobiernos, salen de la presión social, la ley 10 es una presión social, la cuestión de la luchas..., la presión social... así es todo...

Cuando vamos a los naso, les hablas de salud... ellos hablan de comarca...les hablas de política medioambiental...ellos hablan de comarca...les hablas de educación...ellos hablan de comarca...no les interesa otra cosa más que este tema.

En esa materia nosotros podemos plantear eso (la universidad)...porque esa lucha sobre el territorio...¿porqué los emberá no pueden pedir una universidad? Por su nivel de población...y no están constituidos...

Nosotros planteamos que a nivel local la cultura es una oportunidad, no solo para nosotros sino para todos los distritos que hay en la periferia del la comarca...con los proyectos que se hacen...sucede con la educación...van a querer venir acá...Cuando vean una universidad indígena, van a pedir venir acá... los centros están lejos...Que han sido excluidos y tratados con desigualdad...es una oportunidad

Los mestizos no les interesaban pero ahora están aprendiendo...es una oportunidad en lo local para las personas que están en el área...así que es con todo

¿Qué futuro tenemos? Primero queremos preservar algo nuestro que ha ido evolucionando porque también las culturas evolucionan, y eso es normal. Si no hubiera sucedido el accidente histórico de 1492, nosotros...

El concepto de interculturalidad es un concepto que los ngöbes manejaban desde antes de 1492. La forma de los incas contar y de los incas administrar el territorio lo usaban los ngöbes, algunas creencias sobre animales y ...de los mares...los antecedentes monárquicos que hay en la Comarca... los ngöbes tienen antecedentes monárquicos...Se remonta al apellido Montezuma, hay una historia que habla entre el matrimonio entre los ngöbes y los aztecas... Ese concepto de interculturalidad para nosotros no es nuevo...

El futuro...Hay muchas oportunidades para nosotros y también a nivel internacional, por eso la Universidad Complutense de Madrid está por aquí investigando..., por eso la universidad de Canadá llega por aquí..., por eso... ¿Qué están haciendo los ngöbes?, ¿qué es lo que piensan?, ¿qué es lo que desarrollaron en esos 10 mil años?... Que si lo desarrollaron fueron por algo, porque funcionaba.

Los peruanos han convertido a los indígenas en algo turístico, van a ver el parto tradicional ¿cómo es?...

Hay un montón de oportunidades que encabezándolas nos sirve primero a nosotros. Estamos buscando un desarrollo local con identidad, y luego que podemos aportar como patrimonio al mundo. Nadie más en el mundo habla nuestro idioma, nadie más en el mundo práctica balsería, nadie más en el mundo cree en los mama tadtá... Hay una diferencia... hay futuro a nivel local y hay futuro a nivel internacional lo que tenemos que acercar ese diálogo entre

culturas sin prejuicios, con esa libertad de pensamiento para poder aprovechar la creatividad bicultural o multicultural.

Porque al final todo el mundo quiere sobrevivir y eso es lo que hicimos en 10 mil años, imagínese...hablar de eso...

## B. Entrevistas a médicos tradicionales.

---

### B1. Presidente de Ichi Druribo.

Agosto 2015 por Skype.

Saludos y presentaciones...

**Entrevistador.** Sobre los orígenes de Ichi Druribo, ¿por qué se creó Ichi Druribo? Y ¿cómo empezó?

**Presidente de Ichi Druribo-** Buenas tardes, Ichi Druribo empezó por parte de la doctora Francia y nosotros estamos empezando a conocer, tenemos mucho compromiso. Tenemos algunas personas doctorado.

**E.** ¿Cuántos botánicos y parteras hay en Ichi Druribo?

**P.I.D.-** Hay varios, botánicos son 50 y parteras también son la misma cifra.

**E.** ¿50 en toda la Comarca?, ¿en las 3 regiones?, ¿50 botánicos en las 3 regiones, en toda la Comarca?

**P.I.D.-** Dentro la Comarca... fuera de la Comarca todavía...

**E.** ¿Cuáles son los criterios para formar parte de Ichi Druribo?

**P.I.D.-** El criterio es... la Junta Directiva y tener un desarrollo...

**Doctora no nativa:** Para pertenecer a Ichi Druribo, si hay algún requisito, si le dicen a ustedes yo practico la medicina botánica, yo quisiera afiliarme a Ichi Druribo, como pediría para formar parte de su organización...¿Hay qué reportar algo?...

**P.I.D.-** No.

**Doctora no nativa:** ¿Una cuota?, ¿cuánto es la cuota para pertenecer?

**P.I.D.-** 3 dólares

**Doctora no nativa:** ¿Cómo se paga?, ¿todos los meses?...

**P.I.D.-** En la inscripción.

**Doctora no nativa:** ¿No tiene que cumplir ningún requisito?, a parte del pago y ser botánico... ¿ser botánico reconocido...?, yo soy Débora Godart yo pagando 3 dolares puedo ser de Ichi Druribo...

**P.I.D.-** Adicional cada 2 meses tiene que pagar la cuota, 2 dólares...

**E.** ¿Tiene que tener algún reconocimiento de la comunidad?,

**P.I.D.-** Si...

**E.** ¿Además de botánicos y parteras tienen también sukias...?



**P.I.D.-** Tenemos incluido sukias también, en los estatutos están incluidos

**E.-** Pero son ¿menos sukias que botánicos?

**P.I.D.-** Botánicos más...

**E.-** ¿Básicamente es una asociación de botánicos?

**P.I.D.-** Si...

**E.-** Hay botánicos que son proclives a formar parte de Ichi Druribo y otros no, ¿por qué unos si y otros no?

**P.I.D.-** Falta de conocimiento parte de ellos... estudio de medicina debe ser único...

**E.-** ¿Entre ustedes médicos se reúnen?

**P.I.D.-** Cada 2 meses nos reunimos e intercambiamos información... eso es lo que hacemos nosotros y a penas que nos aprueban a nosotros vamos a instalar educación intercultural...

**E.** Entre sus planes como organización está formar una escuela, cuando tengan la personería jurídica..., ¿van a poner una escuela para educar a otros...?

**P.I.D.-** Eso es lo que estamos pensando... desarrollo para todos... no es solo para nosotros...

**E.-** Y ¿cómo va el proceso de adquirir la personería jurídica?

**P.I.D.-** La personería jurídica debería estar terminada, carecemos de dinero, las políticas ya sabe..., estamos concretando. Ya dentro de unos meses vamos a tenerla.

**E.-** Ok, ¿tienen contacto con alguna ONG o alguna organización fuera de la Comarca que les pueda ayudar en proyectos?

**P.I.D.-** Hay muchos, hay autoridades locales...

**E.-** Los botánicos de Ichi Druribo, de qué religión son, ¿son mama tadta, son cristianos, son católicos, evangélicos...¿cuál es la religión mayoritaria?

**P.I.D.-** Mayoritaria son de la iglesia mama tadta

**E.-** ¿Esa es la mayoría?

**P.I.D.-** También hay de la iglesia católica...

**E.-** Y ¿evangélicos?

**P.I.D.-** Si hay también, si es verdad hay gente que son apostólicos, estamos sumados a eso... Por eso tenemos fe a dios y cuando celebramos esta reunión... que lo hacemos reunión

**E.-** ¿En los estatutos de Ichi Druribo hacen una mención a la religión mama tadta?

**P.I.D.-** Cuando consiga la inscripción tenemos que adicionar, ahí es donde entra lo de mama tadta...

**E.-** ¿Tienen alguna sede central?

**P.I.D.-** Sede central tengo propuesta aquí mismo...

**E.-** ¿En Bisira?, ¿dónde está?

**P.I.D.-** De aquí a Bisira está 30 minutos...

**E.-** ¿Y tienen huertos?, ¿diferentes huertos?

**P.I.D.-** Huertos... pero carecemos de transporte

**E.-** ¿Cuántos huertos tiene Ichi Druribo?

**P.I.D.-** En el rio de Cricamola, Bisira y Kankintú

**E.-** ¿Cuál es el área que tiene más asociados Ichi Druribo?, ¿Cuál es el área de la Comarca que tiene más integrantes, botánicos?

**P.I.D.-** De Kankintú para arriba, Huerones, Vía Rojo

**E.-** ¿Kankintú, Bisira?

**P.I.D.-** Aquí son 27

**E.-** ¿Por regiones?, ¿Ichi Druribo se concentra en Ño Kribo?

**P.I.D.-** Si

**E.-** ¿Tienen gentes en otras áreas?

**P.I.D.-** Todavía... cuando aprueben el proyecto vamos a buscar a otros...

**E.-** ¿Y ustedes están preparando capacitaciones para médicos tradicionales?

**P.I.D.-** Si

**E.-** ¿Cómo y con quién?

**P.I.D.-** Los botánicos que conocen tienen más prioridades...

**E.-** ¿Usted es botánico?

**P.I.D.-** Correcto

**E.-** ¿Cada cuanto atiende pacientes?, ¿todas la semanas tiene pacientes o hay semanas que no...?

**P.I.D.-** Hay partes que no..., por meses 5 veces o semanas por dos veces... Contamos con centro de salud por parte del gobierno, nosotros ayudamos..., trabajamos juntos...

**E.-** ¿Qué opina Ichi Druribo de la hechicería?

**P.I.D.-** Eso tenemos... tenemos que estudiar, ya no podemos permitir porque eso nos va a afectar

**E.-** ¿Todos los botánicos de Ichi Druribo son ngöbes o hay alguno que no lo sea?

**P.I.D.-** Puro ngöbe...

**E.-** Me hablaba Napoleón de una persona que era Don Vicente, que era sanador de Costa Rica... ¿estaba hablando con ustedes para integrarse en Ichi Druribo?, ¿correcto?

**P.I.D.-** Pero nosotros lo tenemos que ver muy bien, si es conveniente o si no es conveniente, queremos solamente de ngöbe

**E.-** ¿Pero ustedes están abiertos al intercambio de saberes que no sean ngöbes?

**P.I.D.-** Si

**E.-** Cuénteme esto de la hechicería y la brujería, en mis viajes por la Comarca es una realidad... que existe... siguen este tipo de prácticas, ¿qué opinión tiene Ichi Druribo?...

**P.I.D.-** Tiene apartado, porque eso nos va a dañar...

**E.-** ¿Aquellos personas que curan maldiciones, mal de ojos que no son sukias?, atienden este tipo de males... ¿qué opinión tiene?, un sanador que se dedica a curar lo que hacen los hechiceros... atender esa parte espiritual...

**P.I.D.-** Sabemos esto, hechicería, diabólico...Conocemos quien son esas personas, caminamos, también tiene que saber que las personas..., podemos estudiar, sumar con estos...

**E.-** ¿Qué opinión y qué relación tienen con los sukia...?

**P.I.D.-** Los sukia son adivinador, una parte son curativa, una parte espiritual...

**E.-** ¿Pero ustedes los ves bien?...

**P.I.D.-** Si...

**E.-** ¿Ustedes solo curan con plantas medicinales?, ¿con minerales, animales, con serpientes...?

**P.I.D.-** Con plantas, las plantas medicinales también sirven para los animales...

**E.-** Quería preguntarle por los rituales sukia, me he encontrado con botánicos que ellos entendían que el sukia era un ritualismo... ¿opina usted que es ritualismo?

**P.I.D.-** El sukia es divino, con fe de dios y ellos curan, espiritualmente..., pero hay que saber cual es sukia verdadero y cual es sukia de hechicería...

**E.-** Usted ¿desde qué edad es botánico?, ¿Cuándo empezó a ser botánico?, ¿con qué años?

**P.I.D.-** 28 años

**E.-** ¿Con quién aprendió?

**P.I.D.-** Por un señor más mayor que yo

**E.-** ¿Era familiar suyo?

**P.I.D.-** Un pariente difunto

**E.-** ¿Padre o abuelo?

**P.I.D.-** Abuelo

**E.-** Y en su familia ¿hay más botánicos a parte de ese pariente que le enseñó?  
... (NO SE OYE LA RESPUESTA)

**E.-** ¿Todos los botánicos de Ichi Druribo han aprendido de su padre o de su abuelo?

**P.I.D.-** Si

**E.-** ¿Siempre es un pariente?

**P.I.D.-** Son parientes que le ayudan gratuitamente

**E.-** ¿Cómo aprendieron esos parientes el curar?

**P.I.D.-** Ni idea...

**E.-** ¿Y esos aprendizajes fueron empíricos?... ¿o fue por medio de alguna aparición, de sueño...?

**P.I.D.-** Sueño no, personalmente contándose todo de día, no de noche, y espiritual

**E.-** ¿La idea de Ichi Druribo es compartir experiencia de medicina tradicional?

**P.I.D.-** Así es

**E.-** Pero ¿hay muchos botánicos que no están a favor de intercambiar las experiencias ni compartir?, ¿por qué?

**P.I.D.-** Porque ellos, no quieren intercambiar, quieren ser ellos solos... egoístas pero nosotros no

**E.-** ¿Ustedes trabajan para que haya un intercambio de experiencias y de conocimiento?

**P.I.D.-** Si, así es

**E.-** ¿Ustedes cobran por sus servicios?

**Parteras que acompañan a P.I.D.-** Cobramos por curación solo.

E.- ¿Y los partos?

**Parteras que acompañan a P.I.D.-** De 5 a 2 dólares. O a veces hacen una celebración 5 días después del nacimiento del niño, matan un pollo y lo comparten con la partera.

E. Muchas gracias, un gran saludo a la comunidad y a Ichi Druribo.

## B2/B3 Médicos tradicionales de Ichi Druribo

*Entrevistas a dos médicos tradicionales en Bisira octubre 2014. El médico tradicional 1 fue alcalde de Kankintú y habla castellano con fluidez, el médico tradicional habla castellano con dificultad.*

**Entrevistador-** La primera pregunta que me gustaría hacer como médicos tradicionales, sanadores, médicos ancestrales, ¿qué opinión tienen de la ciencia?, en concreto de la medicina científica o la medicina occidental, o la medicina latina.

**Médico Tradicional B1-** La medicina occidental tiene una importancia en la atención primaria, de la misma forma, la medicina tradicional nosotros consideramos que su aplicación está en la atención primaria. Que requiere entender, dar ese valor, a la medicina tanto a la medicina occidental para llegar a una nueva fase que aún no se ha todavía.

Lo que representa... para nosotros las dos son importantes lo que pasa es que se da importancia a un solo sector, de la medicina occidental, quedando en segundo plano la medicina tradicional, en su contexto de la atención terapéutica, tiene también su importancia.

**E.-** ¿La medicina tradicional solo valdría para atención primaria?

**M.T.B1-** Si, porque todavía en muchas regiones de los pueblos indígenas tienen un concepto o se maneja una idea de conservar, es un decreto, por eso que no se ha podido ante la sociedad, ni a nivel de afuera la importancia. Pero en una investigación científica que se haga de acuerdo..., establecer los registros..., yo pienso que puede llegar a una importancia más...

**E.-** ¿Qué relación con el centro de salud los médicos y los sanadores tradicionales aquí?

**M.T.B1.-** Panamá existe una normativa, las comarcas indígenas, las leyes de las comarcas también lo contemplan, es coordinación, colaboración... Aquí sin embargo se necesita llevarlo a la realidad, está escrito en libros, en ideas, en propuestas, pero no se ha consolidado el plan. Y el plan se debe consolidar con infraestructuras, equipos y lo que representa la operación..., en diferentes aspectos..., pero si existe la ley..., a nivel del centro de salud se combina a nivel medio, pero falta para consolidar..., porque por ejemplo hemos atendido casos de ellos... que el centro de salud de repente no puede atenderlo inmediatamente..., nosotros le atendemos

**E-** ¿Has tenido casos que no haya podido atender el centro de salud?

**Médico Tradicional B2.-** Un ejemplo que a nosotros nos cura, no puede curar el centro de salud, el centro de salud no está para el lado de nosotros...

**E.-** Dicen en el centro de salud que con la medicina tradicional hay problemas con la dosificación, que ha habido casos de intoxicación

**M.T.B1.-** Se considera casos de intoxicación pero no existe esa base legal, lo que si de repente falta para nosotros el conocimiento y la interpretación de la aplicación del producto. Y yo le digo como sanador..., el caso de hoy quizás los que están atendiendo a ese paciente..., desconocía lo que el niño tenía. Quizás ese el médico botánico que también aplica medicina, no busca la información adecuada..., porque en este lugar hay varios que practican la medicina tradicional pero no todos...

E.- Ustedes, ¿conocen al médico tradicional que trató a ese niño?

**M.T.B1-** No sabemos que es todavía pero vamos a averiguar. Pero ese niño tenía un nivel de azúcar, si tenía un nivel de azúcar no se le podía aplicar cualquier producto porque no le iba ayudar, más bien le podía a afectar..., como en si le afectó... Pero si le hubiéramos aplicado conociendo esa situación, que esa persona le aplicó esa medicina si conociera el producto podía ayudar inmediatamente al niño y hay productos en el área, hay productos en el área que va, baja el azúcar, de 400 a 150, lo baja en menos de una hora. Lo digo porque tenemos base, ¿no?, pero muchos de los compañeros míos no conocen de la medicina en su contexto investigativo porque el médico debe tener unas sesiones investigativas, pero ya siendo médico tiene que estar documentándose e investigando las instrucciones que se dan.

Hay médicos botánicos y no botánicos que como en toda sociedad y como toda clínica..., tú vas a una clínica que te atiende por apellido, tú eres de un apellido importante a ti te atienden y a ti te entregan la factura pero si tú eres de un apellido desconocido tienes que esperar, ¿no?... Entonces en la región indígena, donde nosotros estamos, hay botánicos no los vamos acreditar pero no están en el proceso investigativo, tienen que dar el paso a la investigación para poder emprender, para conocer...

E.- ¿Has pasado por procesos de capacitación del MINSA y de ASASTRAN?

**M.T.B2-** Ellos no están por seminarios... no están con nosotros, por allá por San Félix..., llamaron a nosotros..., después...

E.- Y usted, ¿ha ido a los seminarios, a las capacitaciones de San Félix?

**M.T.B2-** Realmente nosotros somos Ichi Druribo no hemos participado en ningún seminario, los otros grupos sí, pero nosotros...

**M.T.B1-** Ichi Druribo entre ellos hay intercambio de experiencias, han hecho por ejemplo en una ocasión una especie de feria de salud, cada uno trae un producto y pone en la meta, y de esta forma ellos se capacitan, es importante..., cuanto más así... Algunas cosas que lo aplican yo les comencé a enseñar..., eso es lo que se necesita... por ejemplo esta planta la sociedad, la sociedad rural es un adorno, es una flor, en Panamá en cualquier lado encuentras este producto adorno, pero este adorno tiene para 7 enfermedades... Entonces para que los compañeros que estén aquí, tanto el y para el...

E.- ¿Los procesos de capacitación solo los hace Asastran?

**M.T.B1-** Si, solo Asastran

E.- Porque Ichi Druribo aun no tiene personería jurídica.

**M.T.B1-** Todavía, todavía..., están en ese proceso, están en esa lucha. Más sin embargo, la participación, el intercambio de experiencias es bien importante...

E.- ¿Ichi Druribo y Asastran tienen relación?, ¿intercambio de experiencias?

**M.T.B2.-** Realmente nosotros estamos divididos, entonces nosotros Ichi Druribo estamos organizados de esa parte pero ya nosotros nos manejamos...

**E.-** ¿Han recomendado alguna vez a sus pacientes tomaran medicina que no fuera botánica?, por ejemplo aspirinas...

**M.T.B1.-** Si por ejemplo el caso mío..., atiendo a los pacientes, cuando las pacientes pasan a una fase..., superan la crisis, pero tienen problemas de deshidratación y ese paciente inmediatamente con esa debilidad tiene pasar al centro de salud.... Yo creo que todos los hacen...

**E.-** Pero hay otros médicos (tradicionales) que no lo hacen...

**M.T.B1.-** No lo hacen y es una cosa que debemos luchar todos para que lleguemos todos a... Por ejemplo, un caso especial, le atendía un botánico, no le atendía cualquier paciente, y estaba la colaboración de la medicina tradicional, y colaboramos con ellos, y ahora tuve la oportunidad de atender un botánico. Y ese compañero estaba perdiendo prácticamente todo..., y yo le dije... que yo estaba pasando por ahí... y él me dijo no yo estoy esperando al doctor... ¿qué pasó?... mira lo que tengo...cuando lo subió, porque el pantalón no lo subió bien, y yo le digo pero si eso yo puedo resolverlo... no puede resolverlo eso!!!...mientras que venga el doctor te voy a dar el apoyo..., le preparé el producto y se lo tomó, una semana después se curó totalmente, y ya el hombre empezó a mejorar y posteriormente acudió al centro de salud, porque tiene que darle seguimiento al tratamiento porque es un caso de la piel. Entonces esa piel pueda ir mejor usted tiene que darle seguimiento con la medicina tradicional o la medicina occidental pero si le dije a la doctora él me ha dicho gracias, él no conoce mucha medicina, él se bloqueo que no sabía que aplicar para su caso de la piel, las yagas.

**E.-** Esto me gustaría que me contestaran los 3, ustedes que creen que los moradores de aquí del área utilizan la medicina tradicional o la otra medicina...

**M.T.B2.-** Ellos les gusta más medicina tradicional porque medicina es distinta, no tiene medicina por eso..., a ellos les gusta..., para curar más rápido..., allí se demora mucho para curar por eso ellos buscan a personas que conozcan medicina tradicional...

**E.-** Según Rubén Miller sería más la medicina tradicional la que utilizan los moradores que la medicina occidental...

**M.T.B2.-** Hay muchos de aquí de la medicina de nosotros... sino podemos pasamos y trabajamos un trabajo

**E.-** Trabajan conjuntamente, ¿pero hay médicos que no trabajan con ellos?

**M.T.B1.-** Si hay otros no, pero acá siempre por la distancia, por el tiempo, por las circunstancias las personas optan a lo que nosotros les llamamos buscar los medicamentos rápidos, atención primaria. Entonces una gran cantidad de moradores buscan la medicina tradicional, como primer auxilio y más cuando se trata, se trata de situaciones que el centro de salud no las puede manejar, ¿no?, entonces ellos acuden. Aquí están mejor, pero a 3 horas de aquí, a 4

horas de aquí, Alberto, Tomás, Juan... se quedan como asistentes de la medicina tradicional y eso se da por las distancias geográficas, ¿no?, más sin embargo también hay casos la



deshidratación, la fiebre continua, eso permanente, mañana, pasado..., mañana se convierte en una neumonía y hay que llevarlo al centro... En caso de las enfermedades crónicas diagnosticar, ya lo hemos diagnosticado también se..., pero más se utiliza la medicina tradicional como un primer auxilio. Y eso se da por, quizás por la situación económica allí influye todo, por ejemplo ¿por qué digo la situación económica?, porque hay personas que llegan acá, y si van al centro y si de repente no hay médico tiene que ser trasladado inmediatamente bajo lluvia, brisa y sol o lo que sea a Chiriquí Grande...

**E.-** Si por ejemplo en un futuro siguen haciendo más centros de salud, siguen trayendo más médicos y la medicina occidental tiene más presencia en la comunidad, ¿eso no irá en detrimento de la medicina tradicional? No será un momento que le gente utilice más la medicina occidental y deje de lado la medicina tradicional.

**M.T.B2.-** ¿Cómo?

**E.-** Más médicos y más centros de salud eso, ¿no hará que la gente opte por la medicina occidental o la medicina más científica y dejen de lado la sanación tradicional?

**M.T.B2.-** Hay otros que tienen... son curanderos pues... que tienen a lado de nosotros... que trabajamos juntos. Trabajamos conjuntamente con otros que tienen otra...

**E.-** Básicamente mi idea era preguntarles si la medicina tradicional si en la comunidad, en la Comarca siguen entrando insumos...

No me entiende el M.T.2. el M.T.1. les traduce la pregunta a ngäbere

**M.T.B2.-** Eso son medicina de nosotros nadie puede sacar, acabarla... Eso es natural..., eso no puede acabar...

**E.-** Ha habido ngöbes, nativos, gente que vivía aquí me decían que ellos pensaban que la medicina tradicional era algo del pasado, que en el futuro no existirá, siempre existirá...

**M.T.B2.-** Yo creo que esta vez... yo no sé eso... yo no creo... nosotros tenemos medicina tradicional que es la parte de Dios... no puede desaparecer...

**M.T.B1.-** Lo que si hay riesgo es... el intercambio de experiencia. Lo que sí está en riesgo es no enseñarle..., pero en si plantas siempre las va a haber...

**E.-** Pero los jóvenes en la comunidad, ¿utilizan la medicina tradicional?

**M.T.B1.-** Si

**E.-** ¿Usted opina que los jóvenes van a seguir utilizando la medicina tradicional?

**M.T.B2.-**...Que ellos aprenden..., que nunc a se va acabar... porque anterior estaba dividido..., no enseñaba a uno u otro..., pero ahora nosotros estamos organizando para terminar eso...,

pero nosotros no podemos dejar eso... tenemos que seguir trabajando, tenemos que sembrar..., tenemos que atender así, que lo otro se aprende... así es

**E.-** Alguna vez Napoleón (M.T.1.) me había dicho, la última entrevista que no la pude grabar, creo que él decía que estaba en riesgo la transmisión de conocimiento

**M.T.B1.-** Si, es lo que siempre he planteado... o sea... este riesgo el conocimiento, ¿por qué? Porque lo conservan, lo guardan, en un culto, en un secreto... y de hecho no debería ser un secreto, y como no debe haber un secreto, debemos enseñar a nuestras familias, al más pequeño. Y que las personas conozcan la medicina tradicional, por ejemplo caso del compañero..., de repente hablé con él y es una persona que mucha gente acude donde él pero hubo un momento donde él no pudo... y si yo hubiera sido una persona conservadora..., secretismo, culto, quizás todavía le hubiera cortado..., y yo le dije yo te voy a preparar el producto, vaya tal, tal..., uno de esos productos... el de la planta..., y eso lo combiné con otro producto dale..., y las flores... quede impresionante..., es el conocimiento.

Ese riesgo si lo veo que hay que enseñar porque la situación es buena, el desarrollo, el modernismo, pero hay que conservar lo central..., como los japoneses, entonces eso es..., lo difícil que puede ser más sin embargo nos corresponde ahora enseñar, nos corresponde cultivar algunos productos y enseñar a nuestras familias. Por ejemplo, por ahí viene (su hijo entra andando donde estamos realizando la entrevista), el va para cuatro años todo lo que ve (estamos en su terraza que tiene muchas plantas) para él es medicina porque yo le he dicho, el me pregunta que haces..., medicina..., que es eso..., medicina... Yo le estoy enseñando a conservar..., aunque de repente no lo quiere aplicar... pero él me ve haciendo los productos, con las medicinas y eso es conservar, a eso me refiero. Lo hemos conversado y seguiremos conversando sobre esos temas pero en la realidad las plantas..., cuando caminamos nos encontramos plantas, una sorpresa como decimos nosotros, pero necesitamos entonces enseñar no podemos tener, eso ha sido un error...

**E.-** Me gustaría que me dijeran que opinan de los sukia...

**M.T.B2.-** El sukia es el que adivinan... cualquier cosa que pasa ellos saben... y también algunos ellos saben... con eso ellos trabajan...

Ellos adivinan lo que va a pasar...

**E.-** Ok pero ellos también son sanadores...

**M.T.B2.-** Ahora mismo hay sukias... muchos... pero hay otros que no saben... otros saben... esos que están

**M.T.B1.-** En el contexto general a la medicina tradicional o los terapeutas tradicionales, a los botánicos la gente que conoce de la medicina tradicional les dicen sukia..., como en toda sociedad hay médicos que saben de la medicina, hay médicos que saben de operación, así mismo hay médicos que estudian solamente por el dinero y ha pasado aquí en Panamá. Una señora gorda quiso rebajar su cuerpo y se fue a una clínica de médico, el médico no terminó su carrera, y la mujer perdió la vida porque no sabía operar. Eso también se da en el pueblo

ngöbe hoy en día encontramos muchas personas que se hacen pasar por sukia, como no existe una normativa, o una investigación científica de lo que aplica ese médico, ese sukia se le considera sukia, yo soy sukia yo aplico la medicina botánica pero sin embargo si una persona sufre de crisis emocional, embrujado como decimos nosotros, hasta usted o mi persona puede curar, ¿cómo te curé?, con agua bendita. Para la religión católica el agua bendita, pasa las bendiciones del padre y esa agua se aplica, se espera un poquito... y el que está embrujado se fue el mal... ¿y usted me va a decir que yo soy sukia? La gente..., el producto que estoy aplicando... lo hago en secreto... y la gente que paga dice que soy un sukia porque curó a una embrujada, el sukia sabía más curar los hechizos y hacer rituales, aplica esa planta y una ceremonia religiosa con una tiradera de agua, es ritualismo... Pero en la ribera de la Comarca son pocos, es un don..., la persona que nace, por ejemplo en mi genealogía familiar yo tuve cuatro... poderosos muy buenos, pero ya murió.

**E.-** ¿Eran sukias?

**M.T.B1.-** Eran sukias, tenían dones de sanador y conocían la medicina tradicional, pero difícilmente encontrar hoy en día, una persona que tú vayas a la iglesia católica, yo estoy embrujado y lo curas

**E.-** Pero, ¿los sukias no curan enfermedades normales?

**M.T.B1.-** No más a lo que es situaciones espiritistas. Hoy en día cantidad de caciques, de robavainas que yo le digo, que hoy en día son muchos, ¿no?. Qué fue la esposa que regresa al día siguiente, que pago mil dólares y al final no regresan, que si se quiere o no se quiere... Ya te digo al negocio, es difícil encontrar pero en el concepto general para la sociedad eso es como..., si usted es médico, lo que no se es que haces... si es medicina general, si es médico de odontología, si es médico de operación, cardiólogo, no sé... pero empírico (enfatisa). Hoy en día a mi me han dicho, me parece que tú eres sukia..., yo no soy sukia porque yo no puedo..., no me atribuyo ese don. Lo que si me atribuyo es el conocimiento de la medicina tradicional, ese concepto de enseñanza, de aprendizaje. Ahorita mismo... para mi yo soy un estudiante, yo quiero estudiar, no me considero un sukia, botánico si. Lo que si tengo una..., un planteamiento es conservar y conocer.

Hemos conversado con mucha gente, ellos me dicen no... lo que pasa es que ellos me dicen que no es que no hay que enseñar esto a la gente, a la gente blanca, yo les he dicho a ellos hay que enseñar..., sino lo enseñamos vamos a perder el conocimiento..., sobre todo a nuestros niños. Es una fase que se requiere contribuir y que las cosas se hagan... y bueno esa es nuestra lucha, ¿no?, para nosotros es lo que... y para nosotros es el valor agregado Y si finalmente todo se lo debemos a dios, cuando yo preparo la medicina... yo soy un instrumento..., ese conocimiento y es privilegio es... porque hay personas que han tomado 3 o 4 cucharadas y no es porque yo sea el mejor... como el señor ese de las yagas que llegó aquí, que de repente te lo presento mañana..., sino gracias al todopoderoso... Finalmente soy solamente un intermediario quien da ese privilegio y ese conocimiento es el todopoderoso..., y las personas que nos están consumiendo es otro detalle...

La medicina tradicional es empírica pero se toma con fe, no debe tener ningún temor de lo que está consumiendo le va a hacer daño, deben tener fe cien por cien, finalmente es el conocimiento de dios, en nuestra cultura siempre se habla de la creación, ¿todas las plantas de donde provienen?, ¿todas las pastillas de donde provienen?, lo que nosotros no tenemos... es por ejemplo, yo preparo la medicina, esa medicina yo quisiera que esa medicina se conserve por un tiempo, pero nosotros no tenemos ese conocimiento para que esa medicina pueda durar, le medicina máximo puede durar cuatro días..., si lo aplicas ahora..., si lo agarras y la aplicas va durar simplemente menos de cuatro días... Pero si cocinas la raíz de la planta..., es hoy, mañana...

E.- Pero, ¿para la preparación de las plantas no hacen ningún ritual?

**M.T.B1.-** No, somos botánicos...

E.- Pues bueno con esto ya hemos terminado por hoy

## B4. Presidenta de ASASTRAN.

*Entrevista por Skype, julio 2015.*

**Entrevistador.-** Primero quería saber cómo comenzó Asastran, me habían comentado que era por medio de un ONG española, ¿es eso correcto?

**Presidente de ASASTRAN-** Fue con ADECO.

**E.-** ¿Es una institución española?

**P.A.-** Si.

**E.-** ¿Cómo surgió?, ¿por qué ADECO le dio...?

**P.A.-** ADECO es lo que decían el difunto doctor que ADECO organización que tenían en el País Vasco, entonces por medio de la organización Asastran y el Congreso General firmó los contratos, hicimos el proceso, se presentó el proyecto, ADECO aprobó el financiamiento al difunto doctor José María López el financiamiento por 600 mil dólares por tres años. Ok ejecutado en el 2006, 2007 y 2008.

**E.-** Otra pregunta, ¿cómo eligen o seleccionan a los botánicos?

**P.A.-** Nosotros elegimos a los grupos que estaban organizando, estaban en movimiento y cada uno de ellos era de diferentes corregimientos, por acá se maneja por corregimientos, municipios y región. Entonces al inicio, los participantes eran voluntarios, eran personas que conocían la medicina, empezaron a organizarse, y luego de eso cuando hicimos el plan, fuimos a las comunidades, a que las mismas comunidades eligieran a sus médicos tradicionales y que consideraban que tenían los conocimientos para la atención primaria en salud. Luego de eso también se hizo una selección por medio de capacitaciones que tenían el ministerio de salud, capacitaciones de salud y esas cosas..., y fueron perteneciendo a la organización de Asastran y así fueron calificando para la medicina tradicional.

**E.-** Y ahora a los botánicos que se incorporan nuevos, ¿cómo los seleccionan?

**P.A.-** Los que se incorporan nuevos nosotros hacemos un curso por tres años, luego se les da un tiempo máximo de cinco años para que trabajen voluntariamente cerca de los médicos ya expertos para que puedan ejercer la medicina tradicional. Y también tienen que pagar una cuota para ser asociados.

**E.-** Otra pregunta, ¿cómo se aprende la botánica, la medicina tradicional?, ¿son los familiares los que les enseñan a los botánicos?, ¿o ellos aprenden en otro lugar?

**P.A.-** Nosotros por naturaleza siempre tendemos... se práctica de familia en familia pero los especialistas, los médicos especialistas, ya son especialistas se dedican a investigar que medicina sirve que medicina no sirve... Se dedican a seleccionar las buenas medicinas... esos médicos al empezar a curar... cual es el mejor o cual es el peor... reciben cursos de otras entidades y se va haciendo como una mezcla de conocimiento y de investigación. Con el tiempo las personas adquieren un conocimiento máximo de diferentes tipos de medicinas, tanto las plantas ornamentales como otras plantas naturales... Y algunos anteriormente nacían

con este conocimiento... ellos los que eran enseñaban... hoy en día se aprenden en cursos. Antes la enseñanza era bastante restringida por los funcionarios... había otras tradiciones, había prácticas no saludables... Además la ley 10 que pertenece a la Comarca Ngöbe Buglé frente a la magia negra... por ley... Ahora ya es conocimiento práctico...

**E.-** En Asastran además de botánicos hay parteras, pero, ¿también hay sukias?

**P.A.-** Hay sukias que son muy pocos, por cada región tenemos uno. Y luego de eso surgen los especialistas que leen la orina, que leen... hacen otras curaciones aparte de la botánica, hay de todo... hay parteras que también conocen la medicina tradicional, para poder ejercer como partera tradicional tiene que conocer la medicina tradicional. Hay promotores de salud, que para ejercer como promotores tiene que conocer la medicina tradicional... También tenemos los administrativos... A parte de eso... hay miembros que tienen conocimientos de la selección de cultivos que son los que siembran las plantas medicinales, cuidan las plantas medicinales, para luego hacer las cosechas, hay otro tipo de laboratorios que son los que dedican a cosechar plantas... a pesarlas... a hacer el proceso del medicamento natural. Hay un equipo grande que pertenecen a la asociación son 130 personas que están trabajando, aparte de eso tenemos en la administración la secretaria, los coordinadores, administrativos...

**E.-** En Asastran, ¿tienen 200 médicos tradicionales?

**P.A.-** Pero entre esos tenemos promotores, parteras, coordinadores, administrativos, personal de laboratorio... personas que se dedican a diferentes trabajos pero están dentro de la organización de Asastran.

**E.-** Pero ¿todos son botánicos?

**P.A.-** Todos tienen que tener conocimientos botánicos. O sea los promotores y eso, exactamente médicos botánicos no, pero si tienen que tener conocimientos básicos de la medicina, los médicos tradicionales ellos si son médicos que se dedican a lo que es... Yo no soy médica pero tengo los conocimientos básicos de medicamentos, si yo voy algún lugar, yo tengo que conocer cualquier planta que me sirva para ese momento, pero no soy médica. Soy administradora o la coordinadora general del programa, la que llevo todo... pero si soy partera, una especialista

**E.-** ¿Los especialistas de Asastran atienden casos de posesiones, o temas más espirituales...?, ¿o eso no lo atienden...?

**P.A.-** No, no... Los sukias si...

**E.-** ¿Atienden el susto, o el mal de ojo...?

**P.A.-** Si eso... hay algunas enfermedades que la gente la interpreta como mal de ojo cosas así, pero el médico que tiene un poco de conocimiento le dirá que es mal de ojo. El médico le diagnóstica y en realidad el mal de ojo es otra enfermedad, por medio de la lectura de los sueños...

**E.-** ¿Cuál es la situación de ahora de Asastran?, ¿tiene alguna colaboración o ayuda del MINSA?

**P.A.-** No, ahorita mismo después del 2011 que obtuvimos presupuesto del ministerio de salud, del MINSA, hasta allí... pero no hemos recibido más ayudas del ministerio de salud porque nos pusieron... nos pusieron a buscar la firma de la cacica, la firma del Congreso... era como para enredarnos, para ponernos andar... Porque tenemos un convenio firmado por el ministerio de salud pero el presupuesto no nos ha llegado..., el presupuesto debió salir el 2012, 2013, 2014, y 2015, nos debe a nosotros. Porque la parteras han seguido atendiendo a los enfermos, los médicos tradicionales han seguido atendiendo, estadísticamente seguimos en activo, pero el ministerio de salud no nos ha designado..., el ministerio de salud de repente si pero el ministerio de economía y finanzas no nos ha financiado el presupuesto que a nosotros nos corresponde.

Y ahorita mismo estamos trabajando voluntariamente, no ha llegado el presupuesto...

**E.-** ¿Los botánico de Asastran cobran por la atención?

**P.A.-** No, esto un sistema de trabajo... de servicio público... Entonces no estamos cobrando por el servicio..., el ministerio de salud por ley, por ley tiene que aprobarnos el presupuesto para nosotros trabajar. Por ley el estado tiene que aprobarnos un presupuesto para nosotros poder dar el servicio. Nosotros estamos dando el servicio... pero no es lo que queremos... queremos el presupuesto...

**E.-** En la Comarca he conversado con botánicos que eventualmente recomendaban medicina occidental, por ejemplo algunas pacientes les recomendaban analgésicos o aspirinas...

**P.A.-** Mire Jon, ya eso... Cuando se creó la medicina tradicional, el desarrollo de la medicina tradicional, hubo muchos botánicos que se quedaron fuera de la organización de elección por falta de elección de la propia comunidad, esos grupos o esas personas como no fueron seleccionados por la organización o por su comunidad... Ellos han tratado de continuar dando la medicina, pero hacen una medicina ya sin... con aspirinas... hay algunas personas... a veces tienen al paciente más de una semana, dos semanas, en Asastran no. Nosotros somos personas que si tenemos un paciente y ese paciente no mejora con la medicina tradicional después de 24 horas, lo referimos al hospital, igual una partera. Si una partera atiende a una persona, a una parturienta, en 12 horas no da resultado o se va agravando, esa paciente es referida automáticamente al hospital, dependiendo del diagnóstico. Si el médico tradicional de Asastran ve que ese paciente va a mejorar con los medicamentos naturales que le apliquen, ellos lo mantienen... no más de 24 horas y no más de 12 horas una partera. Se ve el diagnóstico... se ve que no se puede... automáticamente es referida al hospital más cercano que nosotros tengamos. Pero hay grupos que dicen ser médicos tradicionales, que no están en las organizaciones, son ellos los que causan de repente causan algunos... Ellos mantienen su tradición que ellos son médicos... que no le han dado el mejor medicamento a la paciente y se van dos días, tres días, cuatro días..., y el paciente lo que hace es agravarse, hay otros grupos... Y el ministerio lo que ha hecho es investigaciones pensando que son personal de Asastran... cuando llega al grano ven que no es personal de Asastran, son personal que están por allá ambulando...

**E.-** ¿Asastran solo prescribe plantas?

**P.A.-** Si, nosotros no utilizamos medicina occidental, aspirinas, etc... para un paciente...

**E.-** Con estas preguntas ya hemos terminado...



## B5. Médica tradicional de ASASTRAN.

Entrevista realizada por una doctora no nativa a una botánica de ASASTRAN en Ñurum (Comarca Ngäbe Buglé), en octubre de 2015.

**Doctora No Nativa:** ¿Cuál es su nombre?

**Médica Tradicional:** Inés Santos Guerra

**D.N.N.:** Señora Inés, ¿usted qué hace?

**M.T.:** Yo hago mis plantas...

**D.N.N.:** ¿Usted es un médico botánico?

**M.T.:** Si soy un médico botánico.

**D.N.N.:** Señora Inés, yo tengo entendido que usted trabajó en este centro de salud, ¿de qué tiempo a qué tiempo?, ¿en qué año?...

**M.T.:** Si. Hasta ayer... comencé a trabajar a junio, julio de 2009...

**D.N.N.:** Usted trabajaba, ¿qué hacía aquí?

**M.T.:** Yo les atendía, cuando yo no podía lo mando acá...

**D.N.N.:** ¿Cuándo comenzó?

**M.T.:** Desde los 15 años

**D.N.N.:** ¿Quién le enseñó?

**M.T.:** En mi mente, yo veía por allá plantas que yo cuaré, cuaré...

**D.N.N.:** ¿Usted tiene como sueños?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Usted es botánico o sukia?, ¿Cuál sería la diferencia?

**M.T.:** Botánico. Botánico y sukia es lo mismo

**D.N.N.:** Pero no se dice que los sukias son adivinos...

**M.T.:** Que nacen, como cosas... como más raras, naces con toda la bolsa que..., se podan de cabeza..., lo que tienen que dar es cacao, cacao...eso es lo que tuvieron que cuidarme con cacao...

**D.N.N.:** ¿Usted sukia?, ¿Usted tiene un don?, ¿usted tiene cosas espirituales?, ¿usted cura con medicina botánica y también cura hechizos, maldiciones y todas esas cosas?. ¿Por qué usted sabe que hay algunos que solo curan con las plantas?, no curan hechizos, ni cosas espirituales...

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Usted sabe la diferencia entre un sukia y un médico botánico?, ¿los médicos tradicionales no los curan con cacao?

**M.T.:** Si. Si los cuidan..., porque niño nace, no mama teta y ese niño tiene que cuidarse con cacao, cacao...

**D.N.N.:** Pero esa persona no se lo enseña nadie, ¿usted lo aprendió por sueños?, ¿usted tenía ese don de curar?, usted tenía el don de curar, ¿usted nació con una capa encima?, ¿con la bolsa? ...

**M.T.:** Si, aha...

**D.N.N.:** Si a mí me ponen un maleficio o me tiran una maldición, ¿usted si me puede curar?, pero también si yo tengo una diarrea, usted me da plantas. Usted hace las dos cosas...

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Es reconocida como sukia o como médico botánico?

**M.T.:** Como botánica

**D.N.N.:** ¿Por qué usted cree que no le han reconocido como sukia?

**M.T.:** Bueno pues no sé porqué...(risas...)

**D.N.N.:** Muy interesante, ¿usted se considera sukia?

**M.T.:** Si, yo me considero sukia

**D.N.N.:** ¿A usted no le enseñó nadie?

**M.T.:** Nadie

**D.N.N.:** ¿Desde los 15 años sabía que planta servía para el cáncer?, ¿qué enfermedades cura usted más a menudo?

**M.T.:** La diarrea..., dolor de cabeza, dolor de estómago y hechizos... Porque la gente que a veces come cosas y se queda como torao, entonces tiene que darles plantas para que lo bote

**D.N.N.:** ¿Eso es un hechizo?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Usted se relaciona con otros médicos botánicos?, ¿con parteras o...?, ¿usted es de Asastran y se relaciona...?, ¿cómo se relaciona con ellos?

**M.T.:** Si, nosotros nos ponemos de acuerdo que yo trabajo acá (Centro de Salud de Ñurum)... Cuando decía que yo no podía, yo los mandaba a ellos..., acá a veces tenemos un problema

**D.N.N.:** ¿Cuántos médicos botánicos hay en el distrito de Ñurum?

**M.T.:** Aquí estoy yo y la señora Mélida Tólica pero ella no quiere curar aquí (en el centro de salud)

**D.N.N.:** ¿Ella cura con plantas y hechizos...?

**M.T.:** Ella no quiere...Yo trabajo voluntaria, si la gente me dio... sino... me da igual, ella no. Ella lo que quiere es que le paguen, ella cobra sesenta dólar la orina

**D.N.N.:** Ella, ¿lee orina?

**M.T.:** Yo la orina cobro más nada un peso (un dólar)

**D.N.N.:** ¿Cómo hace usted eso de la orina?

**M.T.:** La orina se ve, si en una cosa se da cuenta...

**D.N.N.:** ¿Usted cura a través de la orina?, ¿usted revisa la orina?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** Y eso, ¿cómo lo hace?, ¿el que tiene diarrea también le revisa la orina?, ¿a todos?

**M.T.:** Usted ve la orina y se va dar cuenta cuales va para el dolor de cabeza y cuales va para la diarrea...

**D.N.N.:** Ya veo... La gente cuando llega a su consulta, ¿le dice que tiene?, ¿ellos le dicen porque vienen?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Usted a veces ha adivinado lo que trae la persona?

**M.T.:** Si, si

**D.N.N.:** Muy interesante, muy interesante...

**M.T.:** Yo antes, pedí a dios padre cielo que me dejara trabajar acá..., la respuesta cuando yo cargaba a mi hijo, estaba mi nieto allá... dios padre me dejo trabajar en el centro acá... Yo mi idea era eso trabajar con la gente del centro de salud, todos los días me sentaba a pedir a dios ... Y mi hijo de dijo mama usted pidió y dios le dio..., ahora usted tiene trabajo en el centro de salud y todos mis hijos me aplaudieron porque yo tuve trabajo en el centro de salud

**D.N.N.:** Felicidades

**M.T.:** Yo pedía cuando todos los días yo llegaba al centro de salud...

**D.N.N.:** Y usted atendía aquí perfecto, y ¿como hacía con la medicina?

**M.T.:** Aquí yo lo traía, yo lo tengo. Estos días me dijeron que yo tengo problema..., yo no tenía donde atender, yo tengo que tener sus plantas ahí...

**D.N.:** ¿Y el cuartito ese de saneamiento el que dice ahí...? (una dependencia del centro de salud con un cartel de Asastran)

**M.T.:** Ellos me dijeron el otro día..., sabían que yo estaba acá... ellos necesitan

**D.N.N.:** ¿Ellos necesitaban el cuartito?, pero ese era su cuartito de atender

**M.T.:** Eso me dijo la doctora Melisa me dijo para yo traer equina... entonces de allá me sacaron..., me metieron para otro lado... mi hijo usted está allí trabajando pero... y entonces que vine doctor Reyes, la gente de Panamá que vinieron para acá..., entonces doctor Reyes me dejó allá... Aquí usted se echa raro doctor Reyes me dijo...

**D.N.:** ¿El doctor Reyes le dio su cuartito?, y ¿ahora la están echando?

**M.T.:** Si. Me dicen que yo tengo que sacar mi medicina de allí

**D.N.N.:** ¿Qué habló con la doctora Isa (Melisa)?... Tiene que decirle, tiene que preguntarle, yo le pregunto una cosa... ¿usted siente que el personal del centro de salud la acepta?

**M.T.:** No, mira no. Tuve un problema aquí, hay una señora moño cortita que se llama Vielca, que si yo gano plata... que esa señora no se lleva conmigo, esa señora me grita.. pero sino me están pagando

**D.N.N.:** Pero usted, ¿sintió rechazo con la gente cuando usted daba su medicina botánica aquí?, cuénteme un poquito...

**M.T.:** Si. Me sentía rechazaba, que usted trabaja allí trabaje allí me dijo la doctora Isa..., pero los otros no...

**D.N.N.:** ¿No la aceptaban?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Y usted cómo se siente por ese rechazo?

**M.T.:** Me siento mal a eso... que me rechazan... por eso que yo me siento mal por eso...

**D.N.N.:** ¿Por quién siente más rechazo por el personal que es no ngöbe por el personal que es ngöbe, el personal que es ngöbe como la trata a usted?

**M.T.:** No pasa nada...

**D.N.N.:** ¿Usted libertad para atender?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿Se siente temerosa?, ¿Cómo se siente?

**M.T.:** Yo me siento temeroso de llegar acá porque no me aceptan, me decían los niños ¿usted va a trabajar en el centro?, yo sigo... mis ratos allí... doctores Reyes... (risas) Por eso yo quería comunicar con Silvia para ver cómo vamos a trabajar

**D.N.N.:** ¿Usted conoce la enfermedad “chakore”?

**M.T.:** Aha

**D.N.N.:** ¿Qué es esa enfermedad?

**M.T.:** La enfermedad chakore, va como... la tiene por aquí...

**D.N.N.:** Le salen llagas, ¿y esa enfermedad a qué se debe?

**M.T.:** Por agua sucia... de eso va comiendo, va comiendo... con planta de acá se lava...

**D.N.N.:** ¿Y el ha ko botika?

**M.T.:** No lo conozco

**D.N.:** ¿Usted cree que los ngöbes y los latinos son diferentes biológicamente?

**M.T.:** Si

**D.N.N.:** ¿En qué cosas?

**M.T.:** Diferentes en cariño, diferentes en...

**D.N.N.:** ¿Usted cree que hay enfermedades que solo le dan a los ngöbes?

**M.T.:** No también le dan a los latinos...

**D.N.N.:** A esos muchachos que a veces le dan ataques que eso se ve mucho en la Comarca.

**M.T.:** Aquí le decimos que le da... que le da mal...

**D.N.N.:** ¿Cómo se dice en su lengua?

**M.T.:** Que le da mal...

**D.N.N.:** En Bisira le dicen el “chagó”

**M.T.:** A un muchacho de por ahí también le está dando, pero se ido ya al doctor... se mandaron para la casa ahí está...

**D.N.N.:** Pero usted no lo ha tratado, pero el chago es una enfermedad

**M.T.T.:** Es una enfermedad como unos bichitos que van..., bichito va corriendo... como un hombrecito, va corriendo... cuando eso se quita..., entonces se queda bien...

**D.N.N.:** Eso es lo que les da la locura a los muchachos... a los hombres y a las mujeres que empiezan a gritar, eso no es una maldición, ¿es una maldición o es un bichito?

**M.T.:** Es una maldición. Había uno que estaba así que le gritaba..., ella se fue con señor por ahí..., se puso a gritar..., luego a la casa... dejó el bebe en la casa y salió...

**D.N.N.:** ¿Y era una maldición?

**M.T.:** Si era una maldición. Entonces que vino..., yo tengo a mi hermana mal..., lo cerramos en un cuartito, y a caña blanca y se fue mejorando, lo bañan y lo dan tomas...

**D.N.N.:** ¿Usted cree que esa enfermedad solo le da a los ngöbes?

**M.T.:** También le da a los latinos...

**D.N.N.:** ¿Usted cree que no hay diferencia?

**M.T.:** Si hay diferencia

**D.N.N.:** ¿Y cuál sería la diferencia?

**M.T.:** A veces a uno le da eso... y se asusta

**D.N.:** ¿Es cómo un susto?, ¿no es que se le meta un demonio?

**M.T.:** No es un susto...

**D.N.N.:** Muchas gracias Doña Inés, esto es lo que le quería preguntar cualquier cosa nos mantenemos en contacto, voy a ver si tengo el teléfono de Silvia porque sé que Jon conversa con ella

**M.T.:** Para comunicarme con ella porque yo tengo mi medicina allá...

## B6 Médico independiente o no asociado.

*Entrevista por Skype en julio de 2015.*

**Entrevistador-** Ya te ha contado la doctora que estoy haciendo una investigación sobre medicina tradicional.

**Médico Tradicional No Asociado.-** Si es cierto, mi experiencia, yo lo aprendí con mi papá, con mi familia, no lo aprendí solo yo mismo, sino lo aprendí... Luego desde ese momento yo he ido tratando hasta este momento, la investigación no lo hice pero si me lo enseñaron mi familia, mi papa, mi mama me inculcó eso enseñándolo...

**E.-** Para la medicina, ¿solo utilizas plantas?, ¿eres botánico?, ¿o empleas otras formas de curación?

**M.T.N.A.-** Solamente botánica, solamente la planta

**E.-** Y tú a quien atiendes, ¿familiares, conocidos o a cualquiera?

**M.T.N.A.-** Yo atiendo a conocidos, familiares, a los que llegan a mi despacho, a esos los atiendo, entonces yo he visto, a veces veo gente, enfermos pero no los llamo a mi despacho... Cuando ya está en mi despacho yo los atiendo...

**E.-** ¿Tú atiendes en tú casa o tienes un lugar para atender?

**M.T.N.A.-** Yo los atiendo en mi casa, mi casa es un restaurante, pero como yo estoy allí mis compañeros me han buscado allí... cuando ya está la atiendo...

**E.-** ¿Las autoridades tradicionales te han reconocido como médico tradicional?

**M.T.N.A.-** Bueno por ahora, la señora cacica con la que estoy trabajando ella se enteró que estoy dando medicina hace mucho tiempo, nunca me ha dado a conocer para estar en la medicina. La gente se ha dado cuenta por las divulgaciones, por la demanda de las enfermedades que yo he tratado, entonces hasta este momento las autoridades tradicionales ya se han dado cuenta, entonces ahorita mismo el apoyo de las autoridades tradicionales no lo tengo pero si trabajo con las autoridades tradicionales. Yo soy delegado del Congreso Local, yo trabajo con la cacica.

**E.-** ¿Tienes alguna relación con Asastran o Ichi Druribo?

**M.T.N.A.-** No tengo, no me he asociado con Ichi Druribo y Asastran, aunque han consultado conmigo, yo soy joven independiente que estoy atendiendo independiente, no me he unido con ellos aunque ellos lo han querido.

**E.-** ¿Por qué?

**M.T.N.A.-** Pienso atender a la gente, no quiere integrarme en la asociación de ellos pero siempre y cuando hay pacientes en las comunidades y ellos quieren mi apoyo, entonces yo también les brindaré y les brindo mi apoyo a ellos pero unirme a la organización todavía no lo he hecho y no pienso unirme pienso trabajar independientemente.

E.- ¿Tú conoces sukias?

**M.T.N.A.-** Si yo conozco sukias y que trabajo hacen

E.- ¿Qué relación tienes con los sukia?

**M.T.N.A.-** Yo converso con esa clase de personas, les hablo, solamente normal, les saludo, les comunico a esa gente. Pero si como persona me comunico a ellos, hablo, sobre muchas cosas que hay en las comunidades, sobre enfermedades, otras cosas...

E.- Si se da el caso que tú encuentras un enfermo que no puedes atender porque pueda ser un mal de ojo o un tema de posesión, ¿lo derivarías a un sukia?

**M.T.N.A.-** Sí, eso queda en la mano de los familiares también, si la persona llamada por espíritu... eso está en manos de la familia, lo atiendo y no se mejora entonces a ellos que busquen otra alternativa para que se mejore la persona. Hay muchas personas para atender, no solamente botánico y sukia, hay diferente tipo en la Comarca, en las comunidades para atender esa clase de personas...

E.- ¿Tú derivas a otras personas o al centro de salud cuando ves que el paciente no mejora o que no está siendo eficaz tu tratamiento?

**M.T.N.A.-** Bueno siempre si no se mejora el paciente yo se lo digo a los pacientes y a la familia que acuda al médico porque hay que trabajar con médicos tradicionales o hospital. Hay que trabajar de la misma manera, de repente sino en los tradicional no tiene remedio puede tener remedio en el hospital, tanto en el hospital como el médico tradicional.

E.- Me decía Silvia Salina de Asastran que ellos cuando un paciente en 24 horas directamente lo envían al centro de salud, ¿Actúas de forma similar?, ¿Cuánto tiempo das a un paciente para que mejore?

**M.T.N.A.-** Bueno, yo no puedo decir que a las 24 horas porque cuando paciente está mal no necesita que a la casa. Si yo veo que el paciente no se mejora inmediatamente digo a la familia que lo saque al hospital, si yo veo que con una toma o dos tomas no hay cambio diferente yo le digo que se mantenga pero si yo veo que no hay cambios entonces hay que buscar otro remedio.

E.- Tito, ¿tienes un huerto con plantas? O ¿cómo consigues las plantas para curar?

**M.T.N.A.-** Bueno, huerto no tengo, yo he aprendido cuales son las plantas naturales. No tengo huerto de las plantas medicinales...

**Intervención de la doctora no nativa.-** Tito una historia bien particular. Tito tú empezaste la medicina tradicional de antes o cuando te dieron el diagnóstico “ese” (VIH), ¿se lo compartes?

**M.T.N.A.-** Solamente para compartir e introducir... si me hace la pregunta... el aprendizaje de la medicina es por sueño también. Cuando usted interesa de una cosa por el sueño también te señala lo que tú quieres saber, así fue un tiempo que yo aprendí sobre la medicina. Yo estaba interesado de una enfermedad que yo lo quería saber pero en todo, en todo instante, que no



hay cura y yo tenía eso pensado, en día y noche yo pensaba en eso... Un día soñé me enseñó una medicina, agua limpia, me lo enseñaron, yo desde ese momento he tratado con ese medicamento hasta este momento

**D.N.N.-** En ese momento, ¿ya eras médico tradicional?

**M.T.N.A.-** Si ya daba medicina y yo quería saber más, entonces por medio de sueño aprendí... El diagnóstico de la enfermedad era VIH y yo tenía el interés que medicina aprender...

**E.-** ¿Trataste a pacientes con VIH?

**M.T.N.A.-** Sí, pero falta ver si la persona se ha mejorado, no puedo decirle que si, de repente puede ser que se ha mejorado un poco

**E.-** Otra pregunta importante, en el sueño, ¿por medio aprendiste a curar?

**M.T.N.A.-** Si

**E.-** Pero en el sueño, ¿quién te enseñaba a curar?

**M.T.N.A.-** Bueno en realidad el sueño, es algo misterioso, algo muy secretamente pero bueno... en esta entrevista te lo voy a decir, bueno... Se presentaba una persona y me hablaba, me prohibió de la misma manera que yo no tenía que hablar, ni divulgar eso... Entonces la entrevista ojalá que no llegue a oídos de otras personas o ya otros países u otros lugares no...

**E.-** Pero entonces era un espíritu, por decirlo así... lo que me gustaría saber es si tú conoces en la Comarca, más experiencias como la tuya, o sea más personas que aprendieron a curar por medio de los sueños...

**M.T.N.A.-** Yo hablo por mí, de la comunidad hay muchas personas botánicas, muchas personas que atienden no sé si es por medio de sueños, por visiones, no sé, pero yo hablo de mí por lo que yo pude pasar. Desde ese momento yo he aprendido algo...entonces los grupos Ichi Druribu y Asastran, ellos saben... mayores adultos... yo aprendí así, aprendí por visiones y sueños...

**E.-** Pero ¿también aprendiste por medio de tú padre y tú madre?

**M.T.N.A.-** También

**E.-** ¿Has asistido alguna capacitación de medicina tradicional?

**M.T.N.A.-** Yo no he participado en ningún momento en la capacitación de medicina tradicional

**E.-** ¿Lo que aprendes los aprendes solo o con tú familia?

**M.T.N.A.-** Yo lo aprendo solo y tanto mi padre me ha dicho que eso es muy prohibido y misterioso, eso no se puede contar porque anteriormente nuestros ancestros daban medicina... La plantita ya cocinaban, etc, la ponían en un lugar por el que nadie pasaba, donde... porque había muchos cuidadores, tratar de esa manera, tampoco divulgar, de esa misma manera yo he tratado la medicina...

E.- ¿Nunca has tenido intercambio de experiencias con otros botánicos?

**M.T.N.A.-** No, ellos me han tratado (Ichi Druribo y Asastran) pero yo no lo voy a tratar...

E.- Ahora, además de botánico ¿trabajas en otra profesión?

**M.T.N.A.-** Trabajo no tengo, pero estoy estudiando en la universidad, entresemana para ser profesor en la institución primaria

E.- ¿Vas a ser profesor?

**M.T.N.A.-** Si

E.- ¿Dos profesiones?, o ¿botánico no la consideras como profesión?

**M.T.N.A.-** La botánica no es cualquiera que lo aprende, no es cualquiera que lo sabe, profesión parte de tradición, de cultura, de nuestro ngöbe

E.- En la Comunidad todos saben que tú eres botánico

**M.T.N.A.-** No, todavía no lo saben.

E.- ¿Y cómo llegan la gente a aquí?

**M.T.N.A.-** De otras comunidades... y de otras comunidades como se mejoran, ellos ahora se divulga que yo fui... tal nombre me apoyó, entonces de esa manera... la comunidades... Yo no quiero hacerme conocer porque estoy estudiando en la universidad, estoy trabajando como maestro-profesor y no creo que voy a seguir con la medicina tradicional...

E.- ¿Eliges tú a los pacientes o ellos te elige a ti?

**M.T.N.A.-** Ellos me eligen

E.- Tú nunca has encontrado a alguien que has visto enfermo y has ido a curarle

**M.T.N.A.-** No...

Sífilis, herpes y gonorrea esas son las enfermedades que yo he tratado. A veces los médicos no creen, por lo tanto nosotros no comunicamos con ellos pero si sería muy importante que trabajemos dos. Porque a veces sukia sabe curar cáncer, picadura de alacrán y todo, lamentablemente eso, se mueren los niños cuando van al hospital y cuando en el casa... hay comprender, hay que trabajar... es lamentablemente que vayan a fallecer en la casa o en el hospital... hay que trabajar unidos, unidos pueden lograr el desarrollo para la comunidad.

E.- ¿Estarías a favor que hubiera más intercambio de experiencias?, ¿más comunicación?, para conocer la realidad de las enfermedades y como se tratan en la comunidad

**M.T.N.A.-** Es mejor interactuar, pero eso depende de la persona, si yo soy una persona que estoy tratamiento, hay que ser muy honesto en lo que uno vaya a hacer, la verdad nos hace

libres, si hacemos las cosas buenas, la voluntad de dios, dios esta con uno. Para curar hay que invocar a dios sobre todas las cosas

E.- ¿Tú de qué religión eres?, ¿católico, cristiano,...?

**M.T.N.A.-** Bueno ahorita mismo no participo de ninguna doctrina, pero si hace un tiempo yo estuve en la doctrina de la familia apostólica de la fe en Cristo...

Agradecimientos y despedidas... M.T.N.A. pide el anonimato y privacidad ya que las autoridades tradicionales al saber que conversaba con la doctora Débora le han pedido discreción y que no transmitiera su experiencia a terceros.

## C. Personal del Ministerio de Salud

### C1. Director de Asuntos Sanitarios Indígenas.

*Entrevista en dependencias del Ministerio de Salud en Panamá (Cerro Ancón), octubre 2014.*

**Entrevistador:** Voy a hacer una pregunta disparadora que va a tener que ver con la ley 80 y luego quiero hablar con algunas cuestiones que me dijeron los médicos de los centros. En principio como pregunta general, las actividades que hace el DASI en relación con la medicina tradicional, la prevención,... que más proyectos se están desarrollando desde el DASI para promocionar, para darle su lugar a la medicina tradicional.

**Director de Asuntos Sanitarios Indígenas:** Dentro de los escasos recursos que tenemos, realmente tenemos una deficiencia presupuestaria que yo le llamaría sin presupuesto, recursos humanos prácticamente no tenemos, personal capacitado y sensibilizado para trabajar con las poblaciones indígenas. Los insumos, ni siquiera los espacios físicos tenemos..., estamos metidos en el espacio físico de planificación, entonces es fundamental... Primero hay que fortalecer esa instancia que se llama Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y dotarla de lo que es necesario para que ella cumpla con sus funciones y sus objetivos.

Pero dentro de ese marco, nosotros trabajamos en base al plan operativo POA, y dentro de nuestro POA hemos podido estar guiando la capacitación a las parteras y los médicos tradicionales. Esta capacitación ya la realizamos con el pueblo naso, con el pueblo bri bri, con el pueblo ngöbe buglé, con la Comarca Emberá Wounnan, y Wargandí de la región de Darién. Próximamente, el próximo año, 2015, estamos planeando en febrero más o menos, Kuna Yala, para cerrar el ciclo. Es fundamental la capacitación de las parteras y los médicos tradicionales por cuanto en el caso de la República de Panamá, específicamente, se ha quedado muy por debajo en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio, y más puntualmente dentro de lo que es la disminución de la mortalidad materno infantil. De ahí el hecho, y tomando en consideración que las parteras, las parteras tradicionales, actualmente realizan o llevan a cabo más partos que nuestras instalaciones de salud dentro de las comarcas y son... Hay que tomar en cuenta que las parteras tradicionales tienen esa actividad o esa función sanadora por lo que también son líderes comunitarios, entonces juegan un papel fundamental en que ellas sean preparadas por ejemplo en los métodos de prevención del embarazo, en la captación temprana de un embarazo, en acompañar a esa embarazada a una instalación de salud para que reciba sus controles mínimos, 4 controles de embarazo, para participar o estar presente o acompañar a la embarazada en el momento del parto, en el puerperio y posteriormente en el posparto con todo lo que eso conlleva, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y mortalidad infantil.

Lo mismo hacemos con los médicos tradicionales, que debe existir esa comunicación con las autoridades de salud de la región por eso en esos procesos de capacitación que se lleva a cabo participa la región de salud, de competencias de esa comarca indígena. Ahí se ven otras situaciones, ahí se ven control de vectores, vacunación, si podemos acompañarlos con una gira médica, se acompaña con la gira médica, odontología, en fin... manera integral porque es muy costoso tanto para los indígenas movilizarse a las zonas más cercanas donde pueda llegar el equipo como para nosotros la movilización del recurso humano. Esto es sumamente costoso, la logística para esto lleva su tiempo, primero hay que asistir a reunirse con las autoridades tradicionales y las autoridades de la región de salud para informarles de que es lo que se trata... para que ellos puedan posteriormente informar a sus comunidades de la actividad que se va hacer. Es fundamental y es necesario la información sea, que lo que vamos a hacer sea del conocimiento previo e informado a todas las autoridades, así es que actualmente ya

tenemos un promedio de 200 o casi 300 entre parteras y médicos tradicionales capacitados. Están plenamente identificados con su número de célula, la comunidad donde ejerce sus funciones, cual es la instalación de salud más cercana de competencia para él.

Ahora bien, si vemos el sector de salud, el sector de salud amerita capacitarse y sensibilizarse sobre las prácticas de medicina tradicional, esto es fundamental, conocemos que hay una falla no solamente en nuestro país, en la mayoría de los países donde se forma recurso humano de salud. No se toma en consideración dentro de las asignaturas que se dictan, materias relacionadas con la interculturalidad, esto es fundamental para poder intervenir en doble vía con estas comunidades. Además tenemos programado para ahora en el mes de noviembre, ojalá lo llevemos a cabo por situación presupuestaria, que sería el único motivo porque no lo llevaríamos a cabo, que no nos llegue el dinero para poder efectuarlo, la capacitación de los promotores de salud en interculturalidad de aquellos que trabajan en comunidades indígenas, esto es fundamental para ellos.

Nosotros dentro del sistema de salud tenemos que reforzar todo lo que es la red primaria de atención porque sabemos que tiene déficits. Por ejemplo en el caso de la Comarca Ngöbe Buglé usted sabe que existen 10 centros de salud, de los 10, 9 son centros de salud con camas pero existen 98 que son puestos de salud, y los puestos de salud no solucionan por así decirlo la problemática de salud de las comunidades indígenas, por las propias razones geográficas, culturales, etc, la población es muy dispersa, no podemos tener una instalación de salud, no podemos tener un médico, ni puede ser cualquier médico tampoco, tiene que ser un médico que además de estar capacitado, nadie duda de eso..., pero no todos tienen la sensibilidad para poder laborar con población indígena.

Así que estas son las actividades...las capacitaciones de los promotores de salud para poblaciones indígenas son 200 promotores de salud, que trabajan en comunidades indígenas. Vamos a iniciar por razones presupuestarias con un primer bloque de 61, 60, 61, y así posteriormente hasta llegar a toda la capacidad. En la medida en que nosotros podamos tener recursos humanos que capacitemos, podemos ir ampliando las intervenciones que son necesarias tanto para el personal que trabaja salud, que en el caso de la Comarca Ngöbe Buglé te habrás dado cuenta que casi el 90% del recurso humano que trabaja en la Región de Salud de la Comarca Ngöbe Buglé es ngöbe buglé, eso es importante y eso queremos que en la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas exista personal de origen étnico indígena capacitado, sensibilizado, para poder, no solamente, para tener la imagen de una dirección de asuntos sanitarios indígenas sino poder aplicar lo que nosotros mismos hablamos de procesos de interculturalidad.

**Entrevistador** Voy pasar a una presunta muy importante, el quid de la cuestión, que me hicieron los médicos de la Comarca. Me parece interesante transmitírsela, y alguno hasta me dijo y usted porque no le pregunta al Doctor Donados esto. Pero antes de esto quiero hacerle la pregunta que suelo hacerle a todos, ¿Por qué no se armoniza la medicina tradicional con la medicina occidental?

**Dr. DASI.** Lo fundamental aquí es que hay que sensibilizar a las autoridades que tienen mando, las máximas autoridades, del ministro de salud para abajo, porque tiene que existir la voluntad política para que esto pueda funcionar. Si de los mandos superiores

no hay conciencia como hacer y dar las instrucciones para que se cumplan, se hagan... es bien difícil. Entonces el proceso es voluntad política, divulgación, educación en procesos de interculturalidad, obviamente en primera instancia a quien es el rector de la salud del país, que es el ministerio de salud y a la Caja del Seguro Social, hay que hablar sobre estos dos temas, utilizar los medios de comunicación, utilizar las universidades como ves es una tarea amplia, sumamente sencillo pero muy amplia se necesitan muchos recursos, mucho tiempo, mucha disposición, procedimiento, para poder transmitir las ideas de una manera adecuada.

Entonces, eso trato yo de resolver con eso, primero la voluntad política de las autoridades máximas, la educación en estos temas, la sensibilización en estos temas, sobre todo los procesos de interculturalidad. Y creo que los mismos grupos indígenas a través de quien designen las autoridades van a jugar un papel importante. Porque ellos a nivel de sus comarcas indígenas y de sus regiones de salud, iniciar su proceso de intercambio, nosotros como unidad asesora, normativa, estamos en total disposición de dictar las pautas para poder tener al final de todo una salud integral pero dentro de un marco de interculturalidad con los pueblos indígenas.

**Entrevistador.** Ahora quería plantearle las preguntas y cuestiones de los médicos que están atendiendo sobre terreno. Ellos me hablaban de la medicina de la evidencia como nosotros a pesar de nuestra falta de sensibilización, nuestra falta de herramientas culturales, estamos intentando integrarnos, adaptarnos culturalmente, ¿cómo vamos a casar una medicina basada en la evidencia que me pide el ministerio, que cumpla con indicadores, con trabajar con una medicina intercultural que es trabajar con un concepto medicina sociocomunitario, cualitativos, de base...? A veces parecen que chocan...

**Dr. DASÍ.** Precisamente a través de ese anteproyecto de ley 80, que lo que busca la protección del uso y las prácticas de la medicina tradicional ancestrales indígena. Y como esa medicina ancestral indígena se va articular con la medicina académica o convencional, esto lleva un proceso de codificación de normas y reglamentos que existen en el código sanitario. ¿Cómo?, a través de esta ley y de la discusión de la consulta podemos lograr que se flexibilicen las intervenciones de los médicos académicos que ellos puedan tener acceso a los conocimientos, que se hagan conferencias, que se hagan conferencias comunidades donde ellos laboran sobre las prácticas de la medicina tradicional. Esto lo que deja entrever, realmente nos está diciendo, es que nuestros médicos académicos que trabajen en comarcas indígenas desconocen totalmente el sistema de medicina tradicional indígena. Entonces, ante la normativa y todo... que se basa nuestra medicina en el método científico no quiere decir que la medicina ancestral indígena no tenga una razón científica también, es importante tener el recurso humano preparado en ambas líneas para poder suministrar los elementos necesarios y puedan despejar esas dudas que pueda tener nuestro recurso humano que trabaja en instalaciones de salud con población indígena.

**Entrevistador** Tenía una cuestión, ellos hablaban de un paradigma que está en bastante uso entre los médicos del sistema formal de salud. Ellos hablan de que las zonas apartadas y las zonas indígenas, utilizan, trabajan o viven en una medicina basada en la indigencia que tiene que ver con los escasos recursos que tienen en los centros de salud. Por otra parte ellos se encuentran con el imperativo de las autoridades médicas de utilizar medicamentos más sofisticados, eso está bien pero tiene un riesgo. Hay algunas zonas aisladas que los

medicamentos más sencillos son operativos porque no han entrado otra serie de dolencias y de repente con esos medicamentos menos sofisticados. Exista el problema de que el virus aprenda...

**Dr. DASI** Eso me trae a la mente que lo que tenemos que hacer un diagnóstico real de la situación de salud de cada una de nuestras comarcas indígenas, de sus comunidades, de sus corregimientos. Porque si bien es cierto, con nosotros vamos a ver de que se enferman los indígenas, generalmente lo que encontramos son desnutrición, encontramos situaciones patológicas relacionadas con las vías respiratorias, bronquitis, neumonías, tuberculosis, enfermedades transmitidas por vectores, malaria, entre otras, dengue... Entonces la desnutrición y la parasitosis, que lleva anemia, trastornos intestinales... hacia allá se utilizan medicamentos más económicos, medicamentos más tolerables sobre los indígenas. Cuando ingiere un químico-fármaco y en la primera o segunda toma siente una molestia, ya no lo toma, deja de tomarlo, recurre a su medicina tradicional, y cuando hablamos de esas necesidades de insumos, no solamente en las instalaciones de salud, las mismas comunidades tienen carencias. Entonces, tienen carencias de salud medioambiental... y además tienen carencias en la instalación de salud, de recurso humano, de medicamentos... tú te vas a encontrar instalaciones de salud en áreas indígenas con medicamentos que no tienen nada que hacer allí, son medicamentos que se usan allí... van a dar allá... Hay que tratar con dignidad al recurso humano que está en estas localidades apartadas, alejadas..., muchas de ellas inclusive, con ausencia de la tecnología de comunicación que tenemos hoy, no hay señales en los móviles, no tienen un lugar adecuado de esparcimiento para el recurso de salud, no tienen dormitorios, una serie de situaciones que dificultan la estabilidad del recurso humano que está allí... se desmoraliza, no tienen un sentido adecuado, económico, para poder satisfacer que ellos hacen al estar en esas áreas apartadas, eso dificulta aún más la situación. Es necesario que se hagan esos planteamientos, en esas comunidades, para que nuestro personal de salud trabaje contento, trabaje con alegría, transmita esa alegría y además posea los instrumentos necesarios para satisfacer esa demanda de salud dentro de lo que padecen en esa comunidad, yo te podría enviar medicamentos sofisticados, medicamentos que no son necesarios en esa comunidad. Para eso hay que hacer, ver cuáles son los determinantes...llevar a cabo una estadística real de que se enferma el indígena, de que se muere el indígena... de esa manera podemos ir mejorando la salud, y obviamente y paralelamente tienen que existir proyectos relacionados con el mejoramiento económico y social de la comunidad, para que ellos puedan acceder a otros lugares, a una mejor calidad de vida, a un agua segura, y tantas otras cosas... Estos son elementos fundamentales para que la comunidad pueda vivir bien.

**Entrevistador.** Otra inquietud que me manifestaban los médicos, algunos llevaban muchos años trabajando en la comarca, ellos eran conscientes de este proyecto de la medicina intercultural. Una medicina intercultural necesitaría una adaptabilidad cultural también, pero nuestra adaptabilidad ha sido... parece que se han adaptado mejor los indígenas a nosotros que nosotros a los indígenas. Tenemos esa inquietud, ¿estamos nosotros realmente adaptándonos culturalmente como médicos que estamos atendiendo en una Comarca con estas características y estas peculiaridades?, tenemos muchas dudas al respecto...

**Dr. DASI.** Si son médicos de origen étnico indígena obviamente van a saber cuál es el sistema no formal de salud, la medicina tradicional indígena y lo van a conocer. Los que no

tengan origen étnico, que sean latinos por así decirlo, van a tener esas inquietudes precisamente. Porque su etapa formativa nunca recibieron esa docencia, que un sistema de salud intercultural que existe la medicina tradicional indígena, que utiliza sus recursos para la sanación, como desconoce eso y las normas del sistema de salud le impiden a él acceder a esos conocimientos o relacionarse con esas prácticas, él se encierra en lo que la norma le permite. Porque él busca salvaguardar, al estar en estas zonas prestando un servicio a un tipo de población. Entonces son situaciones que sabemos... existen muchísimas más... pero que son procesos, se está avanzando..., hemos dado algunos pasos, lo que deberíamos es ir un poco más rápido, sin perder de vista la responsabilidad, el aspecto de la veracidad de lo científico... Hay que cosas que no se van a poder demostrar científicamente y que van a aceptarse como tal, porque es ancestral, es cultural, entonces es una relación entre los dos grupos, yo aprendo de usted, usted aprende de mí... porque los dos buscamos lo mismo, hay grupos más radicales como son los Mama Tadtá en la Comarca Ngöbe Buglé...

**Entrevistador** Pero los Mama Tadtá van cambiando...

**Dr. DASI.** Es que nada es estático todo va cambiando, no solamente los pueblos indígenas, el mundo está cambiando, ellos van a seguir cambiando, lo que considero es que en esos cambios debe conservarse la identidad, eso es fundamental lo que ellos pierdan su identidad, perdieron todo, desaparecen como pueblos indígenas...

No es fácil conseguir dentro de la medicina académica o convencional mentes abiertas a analizar o a estudiar estos aspectos... y lo comprendo... su formación es vertical, se necesita empezar desde la misma. Inclusive desde la formación a nivel bachiller, en los colegios, que se hable de esta temática.

**Entrevistador** Luego una cosa que también me he encontrado es verdad lo del 90% del personal ngöbe, pero yo encuentro con todo los procesos de acercamiento comunitario sigue habiendo una diferencia bastante grande entre las autoridades tradicionales, las culturas ancestrales, los prescriptores de salud tradicional, todo ese mundo tradicional con el centro de salud. Una persona ngöbe que entra a trabajar en el centro de salud se separa de ese contexto y es visto como alguien que se ha ido de nuestra sociedad, esa persona a pesar de que conoce su cultura, le da pena manifestarlo en el propio centro. A mí me ha costado incluso preguntarles, ellos a veces son muy reacios... “yo estoy en la medicina formal y esto de la medicina tradicional es una cosa ancestral e incluso primitivo...”

**Dr. DASI.** Es bien sencilla la respuesta, lo que sucede es que el recurso humano indígena que entra en el sistema formal de salud, él cierra la puerta inmediatamente bajo lo que establecen las normas reglamentarias del sistema de salud. Toda la información, todos los datos estadísticos... él entra al sistema formal de salud, él empieza a recibir capacitaciones a través de seminarios, de talleres con el sistema formal de salud. Y eso, si bien es cierto fortalece su quehacer, su práctica en lo que labora, a la vez lo aleja de su gente... así es... en todos los aspectos, hasta en la hora de ingerir sus alimentos, el tipo de alimentos... todo va a cambiar eso es lo que sucede. Por eso existe una línea demarcadora que tenemos que ir borrando poco a poco, es como los fenómenos de ósmosis... hay que cruzar de un lado al otro y del otro al otro... Pero no lo vamos a hacer de un día para otro... En el caso en que las autoridades tradicionales también se abran a esos procesos de articulación, participen y se les



llame a tomar parte en las planificaciones de los proyectos de los programas, las cosas cambiarán rápidamente, pero poder hacer eso tenemos que cambiar lo que ya está establecido, tenemos que ir siendo más flexibles en esos códigos sanitarios. Los códigos sanitarios ni siquiera nombra a los pueblos indígenas, estamos intentando en la modificación del código sanitario, el nuevo código hemos incorporado artículos donde hacemos mención de la medicina tradicional indígena. Como te mencioné en el pleno de la asamblea de diputados hay un debate de un proyecto de ley que yo aspiro a que sea una herramienta que nos ayude a acercarnos más y a articularnos más, dentro de un marco de armonía, de respeto, del uno hacia el otro.

**Entrevistador** Una pregunta ya me la ha respondido antes... La idea sería poner en planilla a médicos tradicionales que es un proyecto que ya existía, para poder incorporarlos en el sistema de salud formal.

**Dr. DASI** Nosotros hemos llegado a prácticas donde no es que se incorpore a la partera y al médico tradicional como funcionarios, como un servidor público del sistema de salud, eso tiene unas normas establecidas, médico que hacer estos, esto y esto... como técnico de salud... Lo que nosotros hemos hecho y así lo establece la misma ley que crea la Comarca, la ley 10, que crea la Comarca Ngöbe Buglé, y en la Carta Orgánica que la reglamenta, que el ministerio de salud debe buscar los recursos económicos para fortalecer aquellos proyectos relacionados con la medicina tradicional indígena, que ellos tengan recursos... Se les da como... ni siquiera se les menciona como viáticos, porque viáticos es una palabra muy clara y bien definida, sino que se les da un subsidio o un estipendio... es decir se les da algo a la partera y a los médicos tradicionales, ya lo hicimos una vez con Asastran de la Comarca Ngöbe Buglé y se les pagaba cada dos o tres meses un aporte, un aporte para que ellos tuvieran para su manutención que nunca habían tenido anteriormente... y ahora estamos luchando dentro de la formulación de la aprobación con Contraloría del convenio de ministerio de salud con Asastran que la asociación de agentes de medicina tradicional y natural ngöbe. Para que ese subsidio se les siga dando, porque ellos de allí cogen para sus huertos de medicina tradicional, para sus necesidades, para el recurso humano, para movilizarse, para las capacitaciones, todo lo que se necesita... Porque tienen un orden administrativo muy bien elaborado y estructurado...

## C2. Directora Centro de Salud de Bisira en la Comarca Ngäbe Bugle.

*Entrevista en octubre 2014 en Bisira en el Centro de Salud.*

**Entrevistador:** ... Esto que hablábamos ayer de la medicina basada en la evidencia, basada en la evidencia...

**Directora del Centro de Salud de Bisira:** Es la medicina moderna, para decir que a una persona realmente la estas tratando correctamente debes tener evidencia del medicamento o que este medicamento ha sido probado en muchas personas. Con estudios de cohorte y casos que ya han sido probados, no puede ser empírico, nada empírico...

**E.** Esta medicina de evidencia es lo que os demandan ahora, recientemente...

**D.** Claro, claro es lo que se hace ahora...

**E.** ¿Cuándo?...

**D.** Bufff, hace rato ya... (risas) Lo que pasa es que ahora es con más fuerza porque ya se prueba en los Journal de medicina interna, de cardiología... Es lo que se ha hecho, es lo que se ha estudiado..., entonces es lo que se debía hacer..., porque ya está probado en muchas personas, ya ha dado resultados...

**E.** Y esto de la medicina de la indigencia también me ha llamado la atención...

**D.** La medicina basada en la indigencia es la que hacemos nosotros porque para hacer un diagnóstico tú tienes que tener muchas cosas, tienes que tener laboratorio, tienes que tener estudios..., ¿tú sabes?..., lo último. Y nosotros no tenemos, entonces realmente como va a saber cuándo ponemos un diagnóstico... realmente es el correcto... que evidencia tengo yo para decirte que es eso... Terapéutico porque mejoró cuando le di eso, ¿verdad?, por clínica, pero realmente a veces no podemos... muchas veces como te digo... uyyy que cosa da decirlo eso...

A veces los medicamentos..., no son lo que te dicen..., siempre te dicen los mejores para esto son estos..., ya no debíamos usar los que teníamos anteriormente, el world standart es este..., el medicamento..., y no lo tenemos, sino lo tenemos, tenemos que seguir utilizando lo viejo..., aunque no sea lo más moderno o lo que ha sido probado que realmente es bueno... Así que hacemos medicina de esa...

**E.** Pero estos medicamentos viejos de repente funcionan...

**D.** Claro que sí, en nosotros funcionan pero no es lo que ahora está de moda o lo que se ha probado que es mejor... Yo siento que el problema es la resistencia, nosotros no hacemos tanta resistencia a los antibióticos porque no usamos una gama amplia de antibióticos, nosotros usamos siempre los mismos, entonces nuestra resistencia a los antibióticos es mucho menor a la que hay en ciudades donde la gente tiene acceso a medicamentos, compra cualquier cosa, se automedica, no termina el tratamiento completo, hace le tratamiento como quiere..., toma tres pastillas de antibiótico... lo deja porque ya me curé... Pero resulta que la misma infección, la misma bacteria tiene resistencia por lo que ese medicamento no lo puedo usar, porque no cumpliste le tratamiento. Entonces luego esos exámenes hay que ver como se

meten en estas aéreas rurales. No puedes hablar de medicina basada en la evidencia aunque lo digan los grandes médicos... ¿tú sabes?... hasta las medicinas en estos lugares rurales y comarcas es muy diferente de la que se hace en la capital... habría que hacer estudios para esta población.

**E.:** ¿Medicina basada en la indigencia?

**D.:** Lo dicen los que tienen todo para hacer un diagnóstico y los que usan el último medicamento, para estas bacterias para todas estas cosas..., nosotros no... Si no es probado nos dicen que no... hay que hacer medicina en la indigencia, con lo que tienes y con lo que puedas...

**E.:** Y está medicina basada en la evidencia, ¿cómo se puede armonizar con una medicina intercultural?

Primero, si ellos están basando su medicina en la evidencia es por lo que lo pueden probar y cuantos estudios tiene un médico tradicional de que con esta hierba con este tratamiento yo puedo curar... Muchas personas de medicina convencional eso es inaceptable, eso no se acepta...

¿Cómo lo pruebas?, ¿por qué yo sé que esto es un medicamento bueno para esto...? Porque tengo un estudio, te puedo hablar de..., tantos años..., no sé qué y no sé cuantos, pero el médico tradicional, ¿cómo puede probar que lo que él le da al paciente realmente...?, yo no sé si lo nuestro es indigente..., eso es chamánico. Tiene que estar probado la planta que fármacos tiene y de repente tiene tal fármaco de repente si tiene..., de repente si tiene tal fármaco puede actuar sobre no sé qué virus bacteria..., eso no, no...

Para ellos, para los investigadores no se acepta... Imagínate como..., en un solo país tenemos como tres medicinas. La medicina tradicional que hacen los médicos botánicos, la que hacemos nosotros, la que hacen los médicos en la capital... (risas...). O sea que de repente en un mismo país hay tres formas de tratar la misma cosa..., imagínate como se mezcla todo eso... Si la de nosotros es difícil de probar... te digo, imagínate la de los médicos tradicionales... por los menos los medicamentos que tenemos ya han sido estudiados..., imagínate la de ellos... todavía está peor... Así que ¿cómo se mezcla todo eso?

**E.** Y en cuanto a la interculturalidad, los programas contra la malaria y de agua y saneamiento que habéis contando con la comunidad, ¿eso sería la idea interculturalidad?, ¿la participación de la comunidad?

**D.** Que la comunidad se empodere y tome acciones eso sería la medicina intercultural. Que la gente acepte y reconozca que hay un problema que podemos tratarlo..., entonces así lo hacemos todo...

**E.** Pero, ¿hasta qué punto se hace con la medicina ancestral y las tradiciones?

**D.** Hay sería como la mezcla, ¿no?, porque la gente deja lo que antes hacía por hacer algo diferente..., o sea lo que antes hacía es lo que podemos decir que ancestralmente se hacía

cuando entramos nosotros, tratamos de hacer este tipo de cambios, entonces ellos aceptan un poquito lo nuestro y lo adecuan a su área, porque ellos lo hacen a su ritmo, a su manera, cuando quieran, como quieran..., nosotros no promovemos..., tratamos de decirles..., pero al final son ellos... Y es la mejor, y es la que nos ha funcionado cuando tú ves que la gente, cuando la gente... acepta o por lo menos sopesa..., lo pone en un equilibrio... entonces tú ya tienes más entrada, es más fácil. Tienes que..., hay que respetar lo que ellos creen, un poquito, poquito ahí..., tendiéndoles la idea... Lo que quieran hacer no depende de nosotros, respetar lo que ellos creen y un poquito, a poquito ahí... como vendiéndoles la idea pero si no..., es lo que quieran hacer..., no depende de nosotros...

E. Luego estaba una cosa..., la obsolescencia programada...

D. ¿Qué es eso?... (risas)

E. La idea esta de recetar medicamentos más sofisticados, cuando los medicamentos básicos funcionan, con el peligro de que las bacterias aprenden. Si damos un salto demasiado brusco de medicamentos más básicos a otro más sofisticado estamos dándole un itinerario...

D. Más que todo a las bacterias porque los virus mutan, las bacterias son más estables, entonces pero crea resistencia, empiezan a protegerse entonces si nosotros pasamos de un medicamento básico a un medicamento más sofisticado y no damos el medicamento completo pues la persona no se adhiere al tratamiento entonces puede que la bacteria disminuya pero no la curas. Es decir si tú te tomas un tratamiento, si te digo 7 días y haces 3..., puede que se te pasaran los síntomas porque tú también tienes un mecanismo de defensa, ¿verdad?..., entonces el combate... Al final cuando tomen cuerpo..., tú sistema, cuando por cualquier algún otro motivo tus defensas bajen, entonces la bacteria ya no va a ser la misma bacteria..., la resistencia a los medicamentos gran problema que tenemos y que vamos a tener, porque cada vez hay medicamentos más modernos...

E. La idea de la obsolescencia programada tiene que ver con productos que duran poco para tener que vender otros productos, el ephone 1, el ephone 2, el ephone 3, el ephone 4..., suena parecido a lo que me decías de los medicamentos...

D. Si (risas), ¿Quiénes pagan los grandes estudios?, muchas veces lo pagan las casas farmacéuticas que son las que nos dicen, nos hablan de la medicina basada en la evidencia me explico, pero ¿cómo hace el que no tiene dinero para probar? Y lo que estás haciendo también se puede hacer con eso... ¿cómo se hace?, ¿cómo se fabrica?

E. Lo que yo no sé es si ese medicamento más sofisticado le supondría a la gente, a los moradores...

D. Al estado mucho más dinero, cuando los medicamentos estos son buenos..., tratas al paciente, el paciente mejora y son mucho más baratos, muchísimo más baratos. Entonces, ¿Cuánto cuesta la salud? Si traemos ese costo acá, a la Comarca donde la gente no paga, el gobierno tiene que cargar con todo este tratamiento, entonces ¿qué pasa?, ¿Cuántos cuesta atender a una población rural, indígena...?, si nos basamos en estudios de medicamentos más sofisticados... porque los hacen en poblaciones... a poblaciones rurales

E. Luego el tema que me he encontrado este viaje si tuviese un titular de prensa sería "las intoxicaciones"..., y dándole vueltas, si la medicina tradicional entrase en el sistema formal, en las capacitaciones, se reabriesen líneas que están cerradas de investigación, algunos de los

principios activos y algunas de las plantas se podrían aislar con lo cual la salud tendría como una especie de variable de control. Saber que resuelven las plantas tradicionales, sus principios activos, etc, luego existirían las malas prácticas que existen siempre... es una reflexión... ¿qué opinas?

**D.** Eso sería excelente...

**E.** Pero, ¿por qué no se hace?

**D.** Habría que preguntar en primer lugar porque no lo hacen, no lo sé...

Siempre nosotros tratamos de conversar con los que hemos conversado, con el señor Santos, con el señor Napoleón, con el señor Miller. Siempre les decimos no es lo mismo un niño que un adulto. Los niños no son adultos chiquitos, son niños, no es posible que tratemos a un niño como a un adulto y cuando hablamos con él le decimos, mire las cantidades, mire a nosotros. Nosotros te vamos a dar un frasco que tienes muy poco y te lo tomas en días, entonces tres botellas a un niño en tres días no se puede, no, es mucho... Y de medicamento, tú le estás dando un medicamento que tiene alguna fuerza, algo que..., que va actuar en su sistema y la cantidad es importante..., eso es el punto que tenemos que llegar con ellos...

Yo siento que de repente abriendo la puerta el problema de salud tendría más control y se cumpliría la ley

**E.** Y se cumpliría la ley porque la Carta Orgánica hay varios puntos que dice que debe armonizarse la medicina tradicional y la medicina occidental...

**D.** Esa es la parte, esa es la parte ¿no?, pero, ¿por qué la gente prefiere la medicina tradicional?, porque a veces somos muy fríos, donde el señor Santos puedes llegar en cualquier momento, a la comida, tomas el cafecito..., esas cosas..., es la parte de la cosmovisión de la gente, esas son las cosas que el sistema debe cuidar, una prestación más... culturalmente lo que la gente quiere... Le hemos preguntado a la gente como le gustaría..., ¿la calidad?, ¿quién mide la calidad?, ¿nosotros?, nosotros prestamos el servicio...

¿Cómo te gustaría que fuera tú sistema de salud?, la gente no tiene opinión, si le atendieron, le atendieron temprano... ¿usted salió temprano?, ¿lo trataron bien? No sé... pues no me trataron me dieron la medicina y me curé pero me sentí mal...

Pero nunca ¿cómo le gustaría a usted (enfaticando mucho el usted) que fuera su sistema de salud? Ah bueno yo voy en las mañanas, de repente la doctora me puede atender en las mañanas.... Pero usted está lavando y de repente las 4, 8 horas aquí...

La gotita, la gotita, la gotita, la gotita y la gotita... y yo no soy máquina..., pero si empezáramos en un horario... La mayoría de los centros en la Comarca trabajan de 7 a 3, ¿a qué hora das los cupos?, ¿cuántos cupos vas a dar?... Nosotros aquí..., Bibi es la que llega y los cupos se cuentan

hasta cuarenta..., siempre y cuando llegues antes que Bibi, Bibi llega a las 8 de la mañana, 100 personas pendientes... pero el límite es cuando llegue Bibi, solo tiene que estar antes que Bibi. Y Bibi no llega nunca antes de 7:45, pero hay pacientes que..., pero yo tengo que cumplir con los programas... y a la gente que le importan los programas!!!... yo quiero que me atiendas!!! pero que les decimos, los programas... aunque es importante pero... A nosotros nos hacen auditorias y califican nuestro expediente..., tú pasas más tiempo llenando los expedientes que escuchando a las personas. Llenar todo lo que está en el papel, preguntando no se qué... Pero ¿qué es lo que realmente quiere la gente?, las expectativas de la gente, pero el médico tradicional si, lo que quiere es tener un conversatorio, que tú hables..., te escucha..., hay gente que le gusta hablar y tú estas bufff.... Un día le dije señora Felipa que hoy no la puedo escuchar..., ajo!!! Eso fue el peor error de mi vida, la señora Felipa viene aquí y blablablá... habla en ngöbe es rápido. Un día le digo señora Felipa yo la quiero conversar y me dice no porque usted no tiene tiempo..., me castiga la señora Felipa..., me lo hace todo el tiempo que viene y yo me siento mal, pero porque tenía mucha gente fuera y un día que no la... ¿Qué es lo que quiere la gente?, me explico..., y ahora me cuido de no hacer eso, siempre uso un intérprete..., pero ella me hace..., entonces ella me hace el corte. Esa señora me hace eso y siempre me lo recuerda, tengo mi marca de por vida con la señora Felipa, no hay conversación, nada no hay...

E. Con esto damos por finalizado.

## Entrevista en Centro de Salud de Bisira a C2. Directora del Centro de Salud de Bisira, C3. Enfermera no indígena, C4. Enfermera indígena, C5. Enfermero no indígena, C6. Estadística del Centro de Salud, C8. Farmacéutico del Centro de Salud ngöbe.

*Personal sociosanitario del centro de salud de Bisira (nativo y no nativo). Octubre 2014*

**Entrevistador.-** La experiencia aquí en el centro, la experiencia con los pacientes, ¿qué han visto sobre los médicos y la medicina tradicional?, que se presente cada uno y cuente su experiencia personal y lo que piensan sobre ello, o lo que quieran decir, un poco contarnos que han visto en sus años de trabajo aquí en relación a la botánica, a la medicina tradicional, que se han encontrado aquí en la comunidad...

**Enfermera ngöbe C4.-** De mi parte...

**Entrevistador.-** ¿Nombre?

**Enfermera ngöbe C4.-** Josefina Mendoza, de mi parte tengo pocos días de estar aquí así que...

**Directora del centro de salud C2.-** Voy a ser un poquito más..., él está preguntando sobre su saber cómo ngöbe en todas las comunidades donde has trabajado..., como médico... la medicina botánica, la medicina tradicional, lo que tú tienes día a día, el servicio..., no solo como trabajadora...

**Auxiliar estadística del centro de salud (ngöbe) C4.-** Mi nombre es Bibiana Abregos, tengo 7 años de estar trabajando en la parte de estadística, a veces como dice desde que yo empecé a trabajar... Los pacientes cuando sienten que tienen la necesidad de llegar a darse una atención, ellos llegan... Sin embargo hay otros que no piensan lo mismo y más que tiene que ver con la parte cultural lo que es la religión, porque hay una costumbre de una cultura religiosa que es los Mama Tadtá, ellos no creen en esta medicina, ellos piensan que las medicinas del hospital y del centro de salud los va a matar. Sin embargo yo que los atiendo a ellos, yo les he dicho y siempre trato de hablar, de..., como decía hacer que ellos tomen conciencia y el porqué deben venir al centro de salud. Cuando ya ellos ven que la medicina del centro de salud no les funcione en los que ellos vayan a tener, que se yo su familiar o sus hijos, ellos ya pueden acudir de repente con su medicina..., si tanto creen en la botánica.

Pero en verdad le gente acude más que antes, antes se escuchaba se murió fulano..., se murió tal niño... cuando pudo haberse evitado, entonces ellos piensan que trayéndolo al centro cuando tienen..., sueñan, sueñan que si por ejemplo un perro lo mordió..., en el sueño no pueden venir al centro de salud, ¿por qué?, porque al pasarle el medicamento del centro de salud, eso hace como un shock... que algo así.... Entonces en vez de la persona curarse con el medicamento tradicional, lo que hace es fallecer..., en esa parte no acuden...

En cuestiones como diarrea, fiebres, vómitos, cualquier otro tipo de enfermedades que tengan ellos... van porque se les está hablando siempre, se les está orientando..., el porqué deben venir..., más los casos que se han visto... Le ponemos un ejemplo, por ejemplo yo le hablo, no mire esto es así, usted tiene que acudir con su hijo..., eso es mentira que la medicina del centro lo mata... porque si así fuera nos matara a todos... Y la gente..., algunos han tomado conciencia, otros no..., otros hay que estar encima diciéndole acuda al centro, acuda al centro...

La medicina en sí, botánica..., muchos creen en eso porque los saca..., un buen botánico los saca de una vez de la crisis que tienen..., pero ya cuando el medicamento botánico no está especificado para lo que esa persona tiene es mentira que los va ayudar... Entonces cuando eso sucede se dan por vencido ellos mismos y es cuando acuden al centro de salud para su atención, entonces ya aquí, el médico se da cuenta que ya está persona tenía algo... Un buen botánico, el botánico que lo atendió no sabía exactamente que era.

Entonces a veces... hay gente que cree en la medicina tradicional..., hay otros que no..., y yo le voy a hablar sobre una experiencia pequeña mía, que a veces yo me quedo contándola. Cuando yo salí embarazada de mi hijo, tercer hijo, yo soy una persona que cuando estoy embarazada empiezas a vomitar, ¿no?, te dan todos esos síntomas y ella me recomendaba que si chupara, me mojara, que si comiera esto, para amortiguar lo que era el malestar y eso, yo hice todo, tome si cuestiones para la sangre para calmar el malestar, nada... Me encuentro un día con un tío mío y me dice a mi... bueno tú estás mal y hay una persona que te puede conseguir una medicina para pararte ese malestar y esa escupidera porque a mí me daba eso..., yo le digo si usted consigue alguien que me pueda dar eso, consígamelo... yo se lo dije así!...siendo funcionaria del centro!...

Bien..., mi hermana me trajo un primer frasco de medicamentos..., yo me lo empecé a tomar..., me lo empecé a tomar..., un segundo frasco... y la misma cosa, pero yo seguía con..., todavía no había mejoría, viene un tercer frasco y dice el señor o le preguntaba a mi hermano, ¿cómo sigue tú hermana?... bueno yo la verdad, mi hermana sigue todavía igual y dice que ella no va a seguir tomando más esa medicina si a ella no le está ayudando nada..., mi hermana le ha dicho al señor... El señor dice, bueno!... yo he sacado a todas las mujeres con este medicamento pero si tú hermana dice que esto no le está funcionando, entonces yo pienso que mejor... yo no le voy a seguir dándole más medicina a ella, el botánico le dijo a mi hermana. Bueno... y yo tenía que viajar todos los días a David a estudiar el técnico en estadística, y como le dije señor Jon yo eso era comer y vomitar, comer y escupir, escupir y vomitar... La cosa es que hoy como dos días la última botella que me dice..., el medicamento que me mandó yo me lo tomé y yo le digo a Napo que es mi esposo..., le digo ya..., yo no voy a seguir tomando este medicamento, no estoy comiendo, no estoy alimentando al bebe como se debe y estoy más bien dándole medicina botánica, y yo pienso que no es bueno..., le dije yo

Bueno..., llego un viernes tenía que salir y un jueves yo dije hasta aquí..., dejo de tomar... Bueno con decirle señor Jon que eso fue un cambio..., no se..., así de la noche a la mañana!!!, pero todavía olvídate, estaba yo con el malestar..., al día siguiente me levanté y llevaba mi fruta de laraja para chupar, chupar, chupar... Bueno me fui llegue a Bocas del Rio, tenía como una necesidad de tomarme algo, me tome un café, me comí una hojaldra..., yo misma me sentía que guauuu!!!, esto que es, me lo comí, no lo vomité, me fui hasta Chiriquí Grande. Llego a Chiriquí Grande y tengo la necesidad de hambre!!!, de querer comer y digo yo guauuu!!!, será que quiero comer, me compré un desayuno, lo comí, todavía no creía lo que estaba haciendo, no lo vomité, viaje hasta David. Llego a David, me voy a un restaurante, lo mismo, tengo hambre..., con decirle que en ese día..., eso fue, eso fue algo que todavía me quedo pensando... chuzo!!!, como es la medicina, o sea un cambio rotundo..., de la noche a la mañana se me fue como si... hubiera pasado algo por las venas y un cambio..., de esa vez y



ya!!!. Se fue lo que era el malestar y la escupidera, entonces como dice..., es bueno tener en cuenta la medicina tradicional y también tener en cuenta la medicina de los centros de salud. Yo en parte..., creo que un buen botánico hace un buen preparado de su medicamento, sabe lo que el paciente tiene y se lo va a mandar..., y si eso es así da por seguro que ese paciente se tiene que mejorar!, es un como ejemplo, la medicina a las mujeres que tenían ese problema y él los sacaba, y verdad!, yo lo comprobé porque conmigo pasó. Una pequeña experiencia, yo digo guaaau, si volviera a pasar yo contactaría con ese señor para que me diese esa dosis, antes de que me agarre..., pero como dicen a veces a nuestra gente se le hace difícil querer venir aquí a tener una buena atención y llevar los medicamentos que se requiera para poder mejorar en su salud, creen eso y lo mantienen, y es difícil que a veces a uno le quiten esa idea de la cabeza de que vamos a llevar, vamos a ir al centro y a medida que uno le va llevando, ya pienso que le gente ha cambiado bastante en esa parte..., son un porcentaje que quedan por tomar conciencia que deben acudir al centro cuando están mal pero ellos..., por ejemplo ya no se ven tantos..., cuando ven casos como por ejemplo el niño ese que sacaron, ayer o anteayer (caso de intoxicación por medicina tradicional)... chuzo! es verdad, a veces los médicos como decía la doctora, se molestan porque los traen acá cuando están mal!, pero les dicen si tú hijo está mal tráelo de una vez, cosas para evitar más a la larga o algún tipo de problema, yo de mi parte aquí en los años que he estado. La gente..., ya muy poco está utilizando el medicamento tradicional, la mayor parte acude más ahora..., pero esos que todavía creen en la religión Mama Tadta que es una religión a veces difícil de decirles, de explicarles como son las cosas, ellos a veces se mantienen, a veces se dan casos como una amiga que llevo a una comunidad que no querían vacunar a su hijo porqué cuando había ido el médico a vacunar... el niño se le murió. Pero cuando el niño ya estaba enfermo quien sabe de qué..., ellos creyeron que eso lo mató..., pero quizás el niño ya estaba en su momento ya de fallecer y falleció pues..., pero ellos siempre hay que buscar una excusa de que a veces el medicamento de los que ponen en el centro, esa parte ya..., siempre hablando con la gente y ya, la gente hasta ahora, alguno ha tomado conciencia, otros se mantienen con la mentalidad de que lo tradicional, lo tradicional... De parte mía es lo que yo le puedo decir, y mi pequeña experiencia que tuve y..., en verdad la medicina tradicional funciona bastante cuando es a tiempo por decir de lo que la persona tiene, se lo da en el momento indicado, lo saca de la crisis, pero cuando ya ha avanzado es difícil que la medicina tradicional haya su función... Por ejemplo cuando la persona va padeciendo y va al hospital ya los médicos no pueden hacer nada..., bueno no se puede hacer nada así mismo también es en la parte de nosotros que ya toda la gente empieza que quiero sacarle botánica porque soñó pero en realidad tiene días de estar enfermo, en el momento de darle la medicina no le va a funcionar.

Y yo le hablo de otro caso también, señor Jon..., por ejemplo mi difunta abuela tiene un año de haber fallecido. A mí, a nosotros... la llevaron al hospital porque ella empezó con problemas..., que la habían diagnosticado cáncer..., pero cuando la llevamos ella tenía problemas teníamos que estar siempre llevándola al hospital por aquí y por allá, antes de darle medicina botánica todavía con eso llevaban las personas a verla y decían esta persona está maldecida..., yo no lo creía!!!, yo digo, no hombre..., el cáncer no puede..., eso no puede ser maldición y el médico está diagnosticando que es cáncer pues es que es así..., le llevaban al médico, la traían, mi abuela no podía comer, mi abuela tenía malestar, ella pasó momentos doloridos por acá en el

estómago pero la cosa es que, yo digo si los medicamentos del hospital no le están funcionando, si hay personas que dicen que dicen que han sacado gente con ese tipo de enfermedades, yo empecé a buscar, empecé a buscar... Pero desgraciadamente no pudimos hacer nada porque supuestamente mi abuela si decía y todavía lo mantiene y yo pienso que si es así porque eh... para ser un cáncer yo no pienso que en tres meses se la hubiera llevado al quiashh... porque mi abuela había hecho en años anteriores su "papanicolao"... todo normal, todo bien..., sin embargo eso fue algo así como que sucedió en tres meses y mi abuela fallece, entonces le buscábamos medicina botánica, de todo... y nada le funcionaba a ella. Y como le decía a ella..., de repente si nos hubiéramos dado cuenta que eso era una maldición, era algo como decía, quizás mi abuela podría estar hoy en día contando todavía, pero desgraciadamente cuando se nos abrió el foco y empezamos a buscar que los botánicos y los brujos, ya era demasiado tarde y mi abuela falleció, esa es otra experiencia que tengo... cuando se puede a tiempo..., se puede sacar a la persona de la crisis pero ya cuando está avanzado ya es difícil por muchos medicamentos tradicionales que le pongas es por gusto que se cura... Así que esos son mis pequeños aportes de mi parte opiniones que puedo compartir con usted y bueno no tengo más que decir hasta ahora...

E.- Muchas gracias, muchas gracias...

#### **Auxiliar estadística del centro de salud (ngöbe) C4- Nada (risas)**

E.- No sé si querían arrancar con alguna experiencia...

**Enfermera ngöbe C4-** Mi nombre es Josefina Mendoza he tenido experiencias en varios lugares donde yo he ido y bueno no tengo muchas cosas que decir pero lo poquito que se lo voy a decir. Tuve una experiencia con mi hermana que a si mismo ella fue al médico y la detectaron fibroma, ella fue y le dijeron que tenía que operar, operar y operar..., y resulta que ella no quería hacer eso y entonces yo me encontré con una amiga que me dijo hay una medicina botánica que tú puedes ir. Yo no sabía qué hacer con ella, ella no comía en ese caso, ella fue yo le acompañé en ese momento y el botánico le dio medicamentos, le dice hay una cosa que el médico es bueno y medicina botánica también es buena. Cuando la persona que son especializada, que saben sacar medicamentos que pueden curar, pero eso tiene cura... que el señor ese le dio el medicamento, como una cita..., le dio como un medicamento así y mi hermana fue, a ella le habían dado pastillas el médico le dio más pastillas para todo, resulta que ella fue prontito a hacer el examen conmigo el médico botánico le dio..., ella no tenía fibroma...

Esa es la experiencia que yo le puede decir al señor Jon, de eso de otros lados...

E.- Pero, ¿no le curó?

**E.N. C4-** No, porque lo único que decía es que tenía que operarse eso pues..., gracias a mi amiga que le dijo que tenía que acudir a esa persona y no tuvo que hacer nada eso. Cuando una enfermedad que se puede curar los médicos, cuando no es no y así los botánicos también...

Otra experiencia de mi tío, había un curandero que le estaba dando medicamentos de todo, lo que resultaba puras cosas que se unió con ríos... No puede ir al centro porque te van a matar y

así... resulta que nunca fue así, mi tío fue al centro y resulta que el médico le dijo que tenía otras cosas, gracias a dios mi tío está vivo. Así como yo digo hay médicos buenos, botánicos buenos cuando son tratados a tiempo todo se cura...

Esa pequeña experiencia que yo he tenido con mi familia...

E.- Ok, muchas gracias por la experiencia

¿Qué pregunta?

E.- Era su experiencia sobre la botánica, sobre la medicina tradicional, qué opinión tiene, si es útil sino es útil, cualquier opinión que tenga, si es una cosa importante en la comunidad...

**Farmaceútico ngöbe C8-** Mi buenas tardes mi nombre es José Serrano, tengo mucha experiencia tengo 13 años de estar trabajando en la Comarca. Y una de las cosas que me ha preguntado, ¿qué tanto o qué tan efectivo es la botánico verso a la medicina?, que es lo que dice mi gente que es químico y te digo que yo he estudiado un poco, yo tengo dos años de estar en un lugar que se llama Coclesito, yo fui a ver a un botánico quería ver el proceso... como ellos se autonombran, ¿cómo es?... Me han dicho a mí que la botánica no es algo de hoy a mañana, ellos tienen una visión donde la que la parte espiritual entran... ellos sueñan que ven flores, cualquier tipo de flores, y van creciendo con esa idea y con el tiempo esa idea va tomando valor y van a empezar a buscar ciertos lugares donde la visión le dicen donde están las flores que asientan los medicamentos, yo he visto a muchos de ellos haciendo ese proceso y realmente les ha funcionado a algunos pero si le quiero decir, esto influye mucho la cultura, hay mucha cultura, mucha hechicería, ellos son muy allegados a la hechicería. Es algo más espiritual, a través eso ellos vienen y toman la autoridad para hacer la medicina tradicional.

Me he tratado con muchos de ellos, les he dicho a ellos como es el proceso y me han dicho a mí, pero le digo que sí, pero si te diría a ti que la botánica no sirve te miento. Si digo que solamente la parte de la medicina es lo único que funciona en esta vida es mentira porque las plantas son medicinales, tanto lo químico como la parte botánico es planta y le he dicho que es la misma cosa, la diferencia es que la botánica no tiene el proceso, el cómo hacer para dosificar y dar a los pacientes. Sin embargo la química no, la química lleva un proceso, ellos calculan, estudian a medida que se van formando un antibiótico y una pastilla es la diferencia grande y este te voy decir que es un reto muy grande para nosotros como funcionarios porque ellos tienen su forma de pensar.

La parte espiritual es muy grande en ellos, ellos creen mucho en los sukia, sukia son personas adivinos que le dicen a ellos que es lo que tienen y a medida de eso ellos van a estar estudiando espiritualmente y le entregan los medicamentos a los pacientes. Puede ser con una diarrea, con una gastroenteritis, muchas más enfermedades que quizás que ellos desconocen, ellos saben..., pero desconocen el proceso de entregar un tratamiento al paciente pero te digo, en mi experiencia personal, yo no creo mucho en eso. Porque yo sufría de asma y toda mi familia decía la botánica, la botánica, la botánica..., y yo fui un día y me intoxicaron. No había una medida, no había nada, tomé así como me decían a mí..., y yo estaba intoxicado porque no era lo correcto lo que yo estaba haciendo... Para mi concepto personal eso no funcionaba pero

ya mi experiencia en mi trabajo, si te puedo decir que algunas cosas, algunas cosas funcionan, algunas no...

Pero esto es mucha, mucha conciencia, hay que educar mucho, de por si estamos buscando..., llevo trece años laborando y he ido a lugares lejanos donde no hay médico, y yo he visto, y es una de las experiencias que te voy a decir, señor Jon, ellos tienen en el parto una hierba, yo no sé el nombre, ellos no me dicen el nombre, porque ellos tienen eso confidencial. Ellos machacan esa hoja y cuando la paciente empieza a tener contracciones, ellos le empiezan a dar, para mí es como la oxitocina, a medida que va pegando la cantidad de líquido... de esa planta..., la paciente empieza a dilatar más rápido!..., y yo le digo a ellos, bueno para mí es como oxitocina, yo siempre digo a ellos, varias mujeres en parto le han dado eso...

Yo digo que si funciona pero ellos deben estudiar más, la ciencia sabemos porque se estudia pero ellos no, ellos conocen pero no saben el tratamiento, el proceso... y muchas veces se intoxican los niños, esa es la experiencia que yo he tenido...

**E.- Muchísimas gracias**

**Enfermero no indígena C5-** Bueno, Sergio Morenos soy técnico en enfermería tengo varios centros ahora aquí en la Comarca, bueno voy a tratar de hablar de la experiencia de lo que yo me he encontrado. Algunas buenas y otras malas, pero yo si siento que no se tiene claro, los médicos tradicionales, quienes son..., que se pueden atender ellos..., porque, uno bueno va un lugar donde curandero, pero no se tiene como una referencia de la efectividad que tiene.

Le digo esto porque fui a un lugar hace meses, me encontré con un señor que llevaba varios meses escamado. Entonces cuando yo le investigo porque no había llevado al médico, me dice que lo llevaba al médico tradicional, entonces cuando yo le pregunto qué diagnóstico le hizo el médico tradicional, él me dice que no le decía nada, solamente le daba el medicamento y el señor que se iba complicando más, el señor estaba prácticamente todo hinchado, entonces yo recomendé que fuera al hospital porque estaba muy enfermo y efectivamente fue así. Se le hizo una referencia y fue al hospital, y el señor murió en una semana, el señor tenía..., como yo le explique muchas semanas de estar..., no le estaban resolviendo..., estaba afectándole más en el problema que tenía, entonces yo siento que si son buenos, pero se necesita que se tenga en las comunidades, no se tiene el conocimiento quien les puede ayudar y quien no les puede ayudar..., muchos se hacen pasar por el médico tradicional y en realidad no tienen el conocimiento lo que hacen es afectar, intoxicar al paciente o si tienen un problema le hacen daño en vez de ayudar.

Pero si le puedo contar de una paciente que se hospitalizó porque ella tenía un problema en la piel, se trató por varios días. Después me la encuentro a la chica, para ver que había pasado, el día que salió en la tarde nuevamente tuvo como una alergia, entonces en el hermano le había mandado nuevamente al hospital pero entonces ella no quiso ir, porque era el mismo día, ella se fue donde un señor y le dio un tratamiento a tomar, y dice que fue bien efectivo y se le resolvió el problema de la piel, y no volvió más a la consulta por ese problema que tenía con la piel. Pero fue efectivo, una sola receta y se le resolvió el problema, entonces si hay un grupo que tiene conocimiento pero hay otro que la gente va equivocadamente no los resuelve nada.

Pero si hay buenos médicos tradicionales eso es lo que le puedo decir.

**Enfermera no indígena C3.-** Buenas tardes mi nombre es Jacqueline Sobeniz soy enfermera acá en la Comarca Ngöbe Buglé, tengo más o menos cuatro años de laborar acá con la Comarca. La experiencia que he tenido con la medicina tradicional es más que todo la parte de las complicaciones con los pacientes por la manera irregular que se maneja la medicina más que todo con los pacientes menores. Los niños menores de 5 años que a consecuencia de la medicina tradicional y del mal manejo de la medicina tradicional, se pueden hasta dar defunciones con los mismos. Ehhh..., lo que es el área de Hato Chamí se trató de trabajar con los médicos tradicionales en conjunto con la medicina que nosotros manejamos, inclusive los médicos tradicionales iban y atendían allí mismo en el centro de salud... Como que las personas, es más que todo las creencias que tienen ciertas personas, si las personas tienen la creencia, la fe y la confianza van al médico tradicional que es su medicina alternativa y otros van a atenderse con la medicina que nosotros manejamos porque creen que es la manera en que se pueden solucionar sus problemas. Cuando vienen ya complicados con lo que es la medicina tradicional y sus exceso, es cuando se dan cuenta que más que todo..., la manera en cómo se maneja..., aquí poco vimos el caso de un niño que se estaba atendiendo con nosotros que estaba mejorando, se fue bastante recuperado para su casa, tuvo una recaída y al no traerlo al centro lo que hicieron fue usar la medicina tradicional, como no se tienen las dosificaciones exactas con esa medicina, el niño lo que pudo haber tenido es una intoxicación con la medicina tradicional a poco de fallecer podemos decir...

Mi aporte es más que todo, se trata de unir a las personas que practican la medicina tradicional y tratar de orientarlos un poco más, ¿verdad?, y que tomen conciencia de las cosas que están haciendo y que pueden llegar, a salvar vidas o perder la vida de las personas...

E.- Ok, muchas gracias

**Directora del centro de salud C2-** Mire..., yo como médico estaba escuchando..., y yo tendría una pregunta, solo para confrontar un poquito, ¿Cuántos meses tenías de embarazo tú cuando tomaste la medicina botánica?, ¿4 meses?

**Auxiliar estadística del centro de salud, ngöbe C6-** No, tres

**Directora del centro de salud C2-** ¿Cuándo dejaste de tener síntomas?

**Directora del centro de salud C2-** Cuando tenía 5, iba entrando para los 6...

**Directora del centro de salud C2-** O sea..., nosotros a partir de ciertas semanas ya... tus síntomas pasan..., entonces ya ..., así decimos nosotros... si me llega una embarazada antes de las 16 o 17 semanas no le quieren, pero el que le llega con 16 o 17... (risas). Entonces es como...

Lo digo... porque yo escucho algo así y digo..., no...

**Directora del centro de salud C2-** O sea pero el cambio radical, fue de la noche a la mañana porque igual podía yo seguir el viernes con el mismo malestar, y fue algo repentino, lo que yo... porque se me estaba quitando..., poco a poco...

**Farmacéutico ngöbe C8.**-Eso es por la fe, si tomas con fe..., yo creo mucho en el poder del Señor...

**Directora del centro de salud C2.** Nosotros hablamos de medicamentos placebo que igual se cura un montón de gente, porque se cura, nosotros medimos si los medicamentos tienen eficacia o no, a uno a lo mejor le dan agua el mismo color, el mismo sabor que el medicamento... y se curan. Nosotros en medicina le llamamos gente que se cura por placebo, esa es otra explicación.

**Farmacéutico ngöbe C8.** Yo estuve en Coclecito y yo vi personas poseídos por el diablo... y la gente de allá recurren directamente al sukia, el sukia ciertos medicinas, les da tratamiento con árboles que les llamaban “mangoy”, “topoy”, “quebeh” son más medicamentos para que el espíritu les saque del mal.

Yo creo mucho en el Señor, yo creo mucho en el poder del espíritu santo y esa familia se enteró que yo era de una iglesia y fue a mí para comenzar... ¿tú eres cristiano? Sí, soy cristiano predico la obra del Señor, me dice llevo tanto tiempo creyendo en el sukia, me ha dado a mí dos semanas de medicamentos y mis hijos no se han recuperado, tienen un poco..., yo quiero a ver si usted me puede ayudar allá. Yo le digo estas cosas no vienen del demonio, todo de la fe del Señor, porque todo lo que hizo el Señor lo hizo bueno... ¿Si tú crees en el Señor?, Si, ¿tú crees en el Espíritu Santo?, Si, ¿tú crees en el poder del Señor? Si...Sorprendido porque el Señor hizo un milagro muy grande..., todo el mundo, creyeron, todos alabaron, todos glorificaron... El poder del Señor y con el Señor nadie se puede..., las personas se sanaron en el momento

Hay una cosa que también nosotros como indígenas carecemos es la parte religiosa, muchas veces creemos en dios de boca..., pero no creemos por fe!!!, y la fe hace muchas cosas. Es como decía la doctora, hay pacientes que llegan, ven y llegan... y creen y se sanan!!!, es por la fe.

Y en la parte de la cultura nosotros aquí, y te lo digo con seguridad, hay mucha brujería, mucha hechicería, o sea poca fe, poco Cristo, poco Dios y yo le digo una cosa, siempre está la parte espiritual con la parte terrenal. Porque él lo hizo, lo da y lo quita. Entonces en esa parte que estaba allá yo predicaba mucho, si tú te tomas este medicamento por fe!!!, te sana, pero ¿cuánto esta tú fe?, es ¿tú crees?, porque yo te digo una cosa los brujos hay algunos que se inventan. Los botánicos quizás la doctora tiene centros de botánicos... pero ¿qué es lo que están haciendo?, y yo aprendo de lo que hacen por allá, yo vengo y hago una casa botánica y hay que piensa..., más comunicación...

Yo digo la botánica si sirve, no todos son botánicos, algunos lo hacen para ganar dinero, el botánico realmente te dice a ti, te doy tomas sino te curas te dan para el centro atenderse. Y yo les digo ellos usted debe atenderse, si tú ves que en estos tres días el medicamento no funciona, acuda al botánico, pero con la fe. Yo no sé como sacan eso y si te dicen que esto es así...

De la atención, del embarazo, yo le he visto, yo he visto como preparan eso... cuando esta centímetro a centímetro, cuando está a punto de salir, dale una botica, de ese medicamento y ... (chasquea los dedos) y eso es fascinante. No sé como es, no sé que es, pero es así...

**Directora del centro de salud C2-** Los kuna, tienen una parecida, una mujer kuna, era súper rápido. Yo también fui testigo de ver una mujer kuna que llegaban al hospital Santo Tomás después de haber tomado... como las cuatro horas..., ¿tú tomaste tuleina?... Si me dieron tuleina en la cama (risas...)

**Farmacéutico ngöbe C8-** Ellos piensan que los medicamentos que damos nosotros en el Centro es otra cosa que ellos que no conocen, ellos piensan que no es de aquí que no vino del árbol..., que no es lo mismo..., y yo digo es la misma cosa. Para desparasitante, una hoja de guanábana lo hacen lo trituran es igual. La diferencia es que aquí se estudia para que pueda más para los niños..., para que la dosis sea exacta... ustedes no, ustedes falta de conocimiento, conocen pero falta el conocimiento del proceso para hacer algo así como una ciencia... Nos interesa a nosotros que se estudie, que se haga efectivo, más correcto...

**E.-** Muy bien, muchas gracias.

## Entrevista a C7. Enfermero del Centro de Salud de Bisira ngöbe y C8. Farmacéutico del Centro de Salud ngöbe.

*Entrevista por Skype, agosto 2015.*

**Entrevistador:** Una de mi dudas con botánicos y médicos tradicionales, unos están a favor del intercambio de experiencias y otros no, hace poco hablamos con uno de ellos y me decían que no veían con buenos ojos que yo conversara con él, ¿por qué?

**Farmacéutico ngöbe C8. :** Ellos son como un poco celosos de lo que saben y ellos no quieren que otros aprendan de ellos, lo que ellos saben, por celos solamente.

**E.** El era ayudante de una cacica, era asistente, y ella le había dicho que no hablara conmigo, que no hablase de estas cuestiones fuera de su círculo, ¿lo atribuyes a eso celo?, pero hay otros que si están a favor de compartir...

**F.N. C8. :** En esto influye mucho la cultura, tú sabes que hay muchas personas que no se han educado y piensan que usted has venido a recoger información, para ti o para la empresa o para cualquier cosa, por eso son muy celosos, yo siento que ellos no quieren. Que si eres blanco... que si con los conocimientos que vas a conseguir vas a ser rico...o algo... algo cultural...

**E.:** Para ser sukia tú tienes que tener unas características, no todo el mundo puede ser sukias, tienes que tener unas habilidades. ¿Por qué una persona se hace botánica?, ¿qué tipo de características tiene que tener para ser botánico?

**F.N. C8.:** Debe haber un instructor, hay muchos botánicos porque aprenden de ellos y hacen su pequeña clínica, por decir así..., pero con la experiencia del maestro. Hay botánicos que son escogidos y ellos empiezan a enseñar a sus hijos a que aprendan... Y eso es lo que pasa...

**E.:** ¿Pero no todos?

**F.N. C8.:** Tiene que nacer un interés.

**E.:** ¿Por qué hay casos que no quieren continuar?

**F.N. C8.:** Por la civilización, la mezcla, los jóvenes no quieren ser igual que los de antes..., están apartando esa parte, se dedican más la ciencia, acuden más a la ciencia, como dicen que la ciencia es exacta... Va perdiendo esa cultura...Pero no todos

**E.:** Lo que me estoy encontrando, es que si antes el credo mayoritario era el catolicismo ahora está cambiando hace unos años, ¿no sé cómo lo ves tú?, no tengo datos para cotejarlo, para ver cuáles son las creencias religiosas mayoritarias en la Comarca...¿pero cuál crees tú que son las más...?

**F.N. C8.:** De 2000 han entrado muchas congregaciones evangélicas, la iglesia católica ha perdido esa fuerza y gran parte de los indígenas han emigrado fuera y han encontrado cosas



diferentes y las han traído a su territorio, a su familia y han cambiado su pensamiento en cuanto a su religión. La iglesia católica ha perdido su credibilidad acá, aquí están la evangélica, los testigos de Jehová, la apostólica, la luz del mundo... son otras cosas que están entrando y la gente está agarrando la palabra del señor... Esa parte influye mucho, ha influido mucho, y la iglesia mama tadta ha perdido muchos miembros, porque acuérdate que nosotros ya estamos educados, sabemos leer y escribir... en ese tiempo que llegaban los españoles con la iglesia católica, ellos sembraban un pensamiento diferente a los indígenas.

Con la inmigración que se ha hecho ahora, empezando conmigo, yo era católico y cambié de congregación porque empecé a escudriñar la palabra de dios, vi las cosas muy diferentes, entonces de lo que yo aprendido no de hombre... del texto de la palabra del señor y eso ha influenciado mucho en la Comarca.

**E.:** ¿Y lo que me encuentro está como reduciéndose los mama tadta?, una congregación que se está reduciendo...

**F.N. C8.:** Si es correcto, acuérdate que la iglesia mama tadta es una congregación levantada por una señora, no hay evidencia así como la palabra del señor..., que corrobore que es la exacta... Pero con la inmigración, esos miembros de esa iglesia ha experimentado otras cosas de dios y han salido muchos de allí, varios de ellos entraban en la iglesia, en la congregación evangélica de cual yo asisto...

**E.:** ¿Sigues teniendo relación con botánicos?

**F.N. C8.:** Ahora estoy en Kankintú ya no estoy en Gauriviara, la cosa es diferente, poca comunicación con ellos, no hay como allá... tiene más acceso y llegaban a conversar conmigo...

**E.:** En Kankintú, ¿te has encontrado con pocos botánicos?

**F.N. C8.:** No hay así como estaba antes, hay pero pocos, nunca me ido a conversar con ellos...

**E.:** ¿Por qué en unas zonas hay más y en otras menos?

**F.N. C8.:** Quizás porque en Kankintú hay centro de salud, hay médicos, a parte que hay universidad (una extensión de la universidad nacional), la gente van directamente a la ciencia... No como allá que solo había un puesto de salud que abarcaba de 15 personas... Como el puesto de salud no abastecía a todos ellos iban al botánico...

**E.:** ¿Tienen Ichi Druribo o Asastran una extensión en Kankintú?

**F.N. C8.:** Para nada...

**E.:** En Quebrada Guabo hay instituciones públicas, pero también hay médicos tradicionales, debe ser porque Asastran es fuerte allí..., tienen mucha presencia...

**F.N. C8.:** Si es porque... en el lado de Chiriquí se mantiene la cultura, la cultura es algo de ellos pero en cambio por el lado de Bocas no, aquí la gente más emigra, más sale, por acá no se usan enaguas, aquí ropa normal... pero en Chiriquí no sus enaguas es su vestido normal porque si es más fuerte... tienen su oficina, tienen sus cosas allí

**E.:** Otra pregunta que quería hacer es algo que me llamó la atención, yo tenía el conocimiento que la forma de capacitación de un médico tradicional son sus allegados, su familia, su padre, en Asastran dan cursos de capacitación para conocer las plantas, la botánica, bueno hay espacios donde se comparte experiencias y se profundiza. Pero el otro día me encontré con el caso de un botánico que había aprendido a curar por medio de sueños, el sueño aporta un conocimiento para curar, no sé si eso es general, ¿lo habías oído alguna vez?, ¿qué te parece?, ¿cómo lo ves?, a mi me dejó un poco sorprendido...

**F.N. C.8:** Para no me sorprende porque la gente cree mucho en visión, ellos creen mucho en sueños, y la gran parte de estas personas que son sukias ellos dicen que dios lo revela a través de visiones, las cosas que deben hacer... pero son pocas personas que hacen eso...

**E.:** Ok la mayoría...

**F.N. C.8.:** La mayoría los enseñan, no es así como usted que alguien se levanta y dice que yo tengo que poner esta hierba porque me mando el señor... eso son pocas personas..., pero si hay...

**E.:** ¿Qué opina de este tema del sueño? O ¿qué conoces?

**F.N. C.8.:** Lo que pasa es igual... existen videntes y profetas, todo profeta puede ser vidente pero no todo vidente puede ser profeta es así... la cosa de la botánica, muchos de ellos... Si llega a la consulta de ellos te dicen aquí que ellos van a estudiarlo, que en la noche ellos se dediquen exclusivamente a hablar del señor... para el día siguiente recetar a las personas... lo que yo he visto y me han dicho a mí...

**E.:** También me había dicho... ¿hay sukias, hay médicos tradicionales que eligen al enfermo...?, no es el enfermo que va a ser atendido sino el sukia descubre que alguien está enfermo de algo que él no lo sabe y le atiende... ¿tienes conocimiento de eso...?

**F.N. C.8.:** El enfermo va donde el sukia, porque es conocido, es como el médico, si el médico es un buen médico... se van donde el mejor...

**E.:** Pero este caso donde el sukia donde va el enfermo y no el enfermo donde va el sukia, ¿lo has oído?

**F.N. C.8.:** En enfermo va donde el sukia...

**Enfermero ngöbe C7:** (Nicolás Fuentes, hijo de un botánico de Ichi Druribo) Mientras más tiempo tienen más tiempo lo buscan..., tanto tiempo experiencia más reconocido son por las poblaciones ngöbes..., la distancia no importa ellos los buscan... Ellos tienen su... como ellos han solucionado problemas de la gente por eso ellos los buscan...

**E.:** Generalmente se da el caso de pacientes que asisten a una consulta de un médico tradicional, conocen una serie de plantas y se lo aplican ellos sin tener que ir..., prescinden del botánico

**Enfermero ngöbe C7:** Mi padre es botánico, él de las plantas, él las diluye, saca el líquido de las plantas y entonces se la entrega las plantas a la persona. Jamás se le entregan las plantas a las personas o ya sea en estacas, en fruta, en rama, en raíces,... él hace, él lo prepara  
Él da una cantidad baja... para la mañana, para la tarde, por dos días, por tres días, es lo que yo he observado de él...

E.: Y ¿Cuánto tiempo lleva atendiendo tú padre?

**E.N. C7:** Desde niño...

E.: ¿Con qué edad empezó a ser botánico?

**E.N. C7:** Con 7 años

E.: ¿Con 7 años empezó a curar a gente?

**E.N. C7:** Si

E.: ¿Cuándo aprendió a utilizar las plantas?

**E.N. C7:** Según el cuenta..., el aprendió a través de sueños, es más por eso que ellos empiezan...

E.: Él empezó, su conocimiento sobre las plantas, ¿vino en parte por los sueños?

**E.N. C7:** Si, a la edad de 6-7 él empezó con eso...

E.: Pero previamente tú abuelo, ¿le enseñó?, ¿cómo empezó?, ¿cómo se hizo sukia?

**E.N. C7:** Mi abuelo no sabía de eso, tampoco mi abuela, ellos no sabían de eso...Eso son herencias porque mi abuelo no sabía, mi abuela tampoco pero son herencias de nacimiento... de los más anteriores

E.: ¿Fue tú bisabuelo él que le enseñó a tú padre?

**E.N. C7:** Tampoco, por medio de visiones...

**Intervención de la doctora no nativa-** Lo que pasa es que aquí se tiene la costumbre, no fue su abuelo, sus padres no sabían nada de medicina tradicional, pero de repente hubo un tatarabuelo sukia, en la tercera generación se hereda "el don" de curar...

E.: Él tenía el "don" pero el "don" no se aprende el "don" se tiene, se nace con el...

**E.N. C7:** Él tenía visiones y sabía que planta tenía que utilizar... Hay personas que dan botánica que solo dan botánica...

**Intervención de la doctora no nativa-** Lo que pasa es que en la familia de José están esperando que llegue un vidente..., una tercera generación, como si fuera un sukia..., tienen sueños y con eso ven la medicina y curan... El papa sería un sukia, ellos dicen los botánicos aprenden de sus padres pero los sukias no...

**F.N. C8:** Ya, ya hay...

**E.N. C7:** Son más efectivos los sukias

**E.:** Pero los sukias también manejan plantas...

**E.N. C7:** Los sukias, son más efectivos pero son más especiales, ellos dan más requisitos más que los botánicos porque todo lo van a hacer a través de sueños... Todo los videntes pueden ser profetas pero no todos los profetas pueden ser profetas... todos los sukias son botánicos pero no todos los botánicos son sukias...

**E.:** Según me dice Napoleón, Ruben Miller que no existen sukias en Ichi Druribo... en Asastran solo tenían uno por cada región. Me comentaban que Napoleón y otros que ellos no creían en el sukia, lo cual me dejó sorprendido, me decía que él no había conocido a ningún sukia. Que todo los sukias que le habían dicho que eran sukias, él había descubierto que muchos de los que dicen ser sukias no lo eran...

**E.N. C7:** Primero que son celos, y segundo yo sí que haya... porque hay personas que tratan de pegar mentiras. Pero en el caso de mi padre tiene 70 años, cuando la persona llega donde él a atenderse, él no pregunta lo que le pasó, él explica que le ocurrió al señor, y luego le pregunta lo que le ocurrió. Es cierto lo que este pregunta... él no es...

**E.:** Lo que me dices para aclararme es que cuando alguien va a la consulta de tú padre él no se pone a conversar como una consulta normal, sino que él llega se sienta y tú padre le dice lo que tiene, antes de que él hable...

**E.N. C7:** Eso en cuanto al sukia... pero en caso por enfermedad, la persona le dice tengo esto y esto...

(Reformulación de la doctora Débora, los sukia pueden ser botánicos, atender enfermedades espirituales y no espirituales, pero los botánicos no pueden ser sukias...)

**E.:** Para complejizar más la cuestión hablaban de Don Vicente, una persona bien conocida en la comunidad, sobre todo por esa zona, Bisira y Costa Rica. Don Vicente no es sukia, ni siquiera es ngöbe pero él es un brujo, es un brujo que tiene conocimientos para atender enfermedades espirituales, posesiones, mal de ojo, sustos, enfermedades. Él está interesado en entrar en Ichi Druribo, no es indígena es de Costa Rica, él es brujo y tiene mucho prestigio en la comunidad ngöbe, en Costa Rica y en la Comarca, ¿esto es un caso muy extraño o hay más casos de este tipo?, ¿lo habíais oído?

**F.N. C8:** Hay uno en Costa Rica que se llama Talamanca, es que lo que pasa Jon es que todos los videntes de dios son regalados por el señor... Hay cosas buenas y cosas malas, muchos de ellos, aparcen lo que dios les da y se dedican a otras cosas más como la brujería para poder tener fama, para adquirir de la parte económica, ellos hacen eso... ellos hacen cosas malas... brujería, hechicería, maldición en tierra... pero son videntes, hay videntes que se dedican a dar su obra al señor y curan a la gente, y hay videntes que agarran esas cosas para hacer cosas malas... El de Talamanca es uno de esos, ese es muy conocido, ese tú llegas allá y él te dice que

tú quieres para esa familia, que tú quieres para esa persona y maldice a esa persona, maldice a esa familia... Esa fuera de la botánica, es brujería, brujería

**E.:** El se está saltando la ley, la ley prohíbe la brujería...

**F.N. C8:** Pero es por dinero, porque los videntes botánicos nunca van a cobrar, ellos si se curan... un reconocimiento pero los videntes botánicos nunca cobran

Yo escucho mucho de ese señor, cuando usted me habla de Costa Rica yo sé que me habla de ese señor, de esa persona. Es un brujo...

Gran parte de las personas van para allá, él conoce las cosas de dios, conoce las cosas de las plantas pero hace los dos papeles, cura y maldice, mientras que los videntes botánicos no hacen eso, ellos curan nada más... no hace para nada

**E.:** Pero ellos también curan, ¿ellos pueden deshacer los maleficios?

**F.N. C8:** Claro que el demonio también tiene poder para curar, para sanar, pero de dios no...los botánicos son de dios, pero otros cogen las cosas de dios para maldecir, para ganar fama... hay otros que se dedican para cosas de dios, para sanar, hacer medicamentos pero no cobran nada, esos son considerados de dios...

Cobra mucha plata el señor de Talamanca... 200 dólares o más...

**E.:** Las diferencias entre un sukia y un botánico, ¿Cuáles son?

**E.N. C7:** El sukia adivina, el botánico hace los medicamentos

**E.:** Pero el sukia me había dicho que tenía que tener unas características físicas, algún tipo de deformidad, algo...

**E.N. C7:** Muchos creen en eso... y son para maldecir son gente mala. Los sukia de verdad no tienen ningún defecto, ni en la cara, ni nada de eso...

**E.:** Físicamente normal, ¿ninguna característica que lo diferencia, es sus habilidades y su don?, porque me hablaban algunos que para ser sukia tenía que tener un estigma...

**E.N. C7:** Eso es la creencia pero no es así...

**F.N. C8:** Eso es cultura, nada que ver ya...Nada en la cara, nada de eso, un ser normal...

**Intervención una doctora no nativa-** Es más cuando aquí los niños tienen deformidades, te voy a poner un ejemplo del área de Corino, la mama no le dio lactancia materna porque para ellos en vez de ser una bendición es una maldición, esa persona es capaz de matar a los demás, es mejor que muera. Cuando hay alguna deformidad de repente tiene poderes, pero no les asocian poderes de bien sino poderes de mal...

Según dicen por Chiriquí y Veraguas hay más botánicos y brujos... aquí (Bocas del Toro) más sukia y botánico

## **C9. Mediadora del MINSA para los médicos tradicionales, no nativa.**

*Entrevista a la encargada de mediación en la Comarca Ngäbe Buglé con los médicos tradicionales del ministerio de salud por parte de un contacto, una doctora no nativa. Octubre 2015.*

**Doctora no nativa:** ¿Se acuerda que en ese proyecto de Asastran, los médicos tradicionales iban a los centros de salud?, ¿Cuáles eran los centros de salud que estaban integrados en ese proyecto?, ¿qué ha pasado en el tiempo con esos médicos tradicionales y su atención en el centro de salud?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Bueno realmente como la ley 10 lo dice, lo que queremos es tratar que ambas medicinas trabajen de una forma armoniosa y colaboradora, se esperaba que más del 50% de los centros de salud de la Comarca estuvieran con esta integración medicina tradicional y medicina occidental. Creo que funcionaba Soloy... En el transcurso del tiempo...

**Doctora no nativa:** ¿Ñurum?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Pero no sé si la señora llegaba hasta acá..., si la señora Inés llegaba hasta acá...

Y en algunos puestos de salud, Vagam... había alguno que ofrecía la atención... sabemos que más del 80% lo dan de una forma privada desde su casa. Pero la desmotivación, la poca colaboración, la poca colaboración de ambas partes... de ambas partes. La aceptación por parte del ministerio de salud por algunas unidades... ellos también por verse en un espacio... un espacio poco revelador..., ellos querían una atención más íntima con el paciente..., en esa misma línea... y también la forma de promocionar. Creo que nos faltó un poco promocionar esta parte del trabajo que estábamos haciendo... y el trabajo unido...

**Doctora no nativa:** ¿Cuándo esa estrategia funcionó la gente se atendía con ellos?, ¿usted pudo...?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Si yo tengo registros de que ellos en un año podían ver una consulta de 300 a 400 pacientes, tanto adulto como niño lo registraban. En atención de visitas, actividades de extramuros hacían visitas a, a embarazadas, a puérperas, a niños. Y los diagnósticos están relacionados con las diarreas, daban diagnósticos como mal de ojo como siempre..., resfriados, dolores localizados en piernas, dolores musculares, y parasitosis, desnutrición, ellos se basaban en..., eso está documentado, está documentado en registros que tiene el ministerio de salud. Se ha disminuido poco los registros... pero está basado en eso...

**Doctora no nativa:** No se continuo el proyecto, pero no se continuó con el proyecto, este proyecto se quedó censante porque no se hizo la petición a tiempo, de esos 290 mil dólares que era con lo que contaban... lo que funcionaban ellos al año...

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Exactamente, por una u otra razón no llego en el periodo de propuesta, el presupuesto no estaba adquirido para ello... en un momento se pagó pero tenía que ir incluyendo constantemente...

**Doctora no nativa:** Y qué se ha sabido ahora que se está cerrando ahora el nuevo presupuesto, ¿hay para los médicos tradicionales?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Bueno, yo estuve preguntando a la nueva directiva, hay un chico que es del área de Ño Kribo, ellos están negociando nuevamente y quizás se estaba considerando la posibilidad de apoyarlos...

**Doctora no nativa:** ¿Por qué ya hay un convenio?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Hay un convenio escrito, firmado, sustentado y está garantizado por el Congreso Regional

**Doctora no nativa:** ¿Cómo usted cree que era la aceptación de los médicos, enfermeras (risas...)?, de nosotros, de parte del personal..., ¿qué percibió usted?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Generalmente, cada cambio hay resistencias... Y yo pienso que lo primero que teníamos que hacer era familiarizar al personaje, al personaje no es un brujo, no es curandero, es un médico que trabaja con el ambiente, la tierra, la naturaleza, y con plantas, o sea que es un médico botánico, y desde allí empezamos con la pelea. Porque el título de médico no aceptaban que lo cargara cualquier persona, el título de médico lo tenía que dar una institución educativa, superior, regulada y desde allí comenzaba. La titulación de las personas. Ellos rechazaban su parte de curandero... ellos son médicos botánicos (enfatisa), ni siquiera médicos tradicionales

**Doctora no nativa:** Y eso lo decían ellos mismos, ¿ellos son médicos botánicos?, ¿ellos curan con las plantas?

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Ellos mismos, médicos botánicos...

**Doctora no nativa:** Y la mayoría habían aprendido de sus familiares...

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Si sabemos, sabemos que esto es una transferencia de saberes... con el tiempo lo que ha hecho el ministerio de salud, más que todo, es conservar las buenas prácticas, y darle el fundamento científico de las cosas porque no nos vamos a negar..., todos nosotros, en algún momento nuestra mama, nuestra abuela, nos dio un té. Todos corremos a buscar el té de la abuela pero se comenzó a hacer la parte científica, la parte de medidas... no el adulto que se toma una taza. No es la misma taza que le vamos a dar al niño, conocimiento para ellos..., como manipularla, como trabajarla, como hacerla de la manera más estéril, más limpia, y en eso fue que fuimos trabajando. Y creo que en lo personal hemos aprendido mucho de ellos... Es un encuentro muy bonito y cuando tú te metes allá, cuando tú hablas con ellos, cuando tú compartes con ellos..., es que tú vas a comprender y a ver definitivamente.

**Doctora no nativa:** Increíble, increíble...Y eso... yo me imagino que cuando implementaron esto al principio meterlos allá... Porque yo recuerdo cuando yo estaba en Hato Chamí, ellos tenían su medicina y todas sus cosas... La gente que estaba allí era medio extraño... (risas)

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Al principio era brusco que una persona sacara un ramo de hoja y se lo llevara como si fuera un monte, una escoba... Y eso es lo que quizás no era aceptable para nosotros, para la parte occidental... Oye, ¿por qué le estás dando monte o hoja seca?... era más que todo nuestra preocupación pero quizás la forma de ellos, era su método... Con integración de otras instituciones como el UNFPA (del Sistema de Naciones Unidas), el ministerio de salud, el MIDAS, el IDIAP comenzamos hacer cultivos, comenzamos a procesar, a empacar estas plantas y con dosificación. El proyecto está listo, las máquinas empacadoras están listas, las máquinas para secar y calcular están listas, lo que nos falta es la buena voluntad...

**Doctora no nativa:** Todo eso se hizo (con sorpresa...), se hicieron esas alianzas y no se les dio continuidad...

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Exactamente, mi deseo es hablar con los gobiernos... esto es interés, el que le interese que nos apoye para ver como reactivamos esto porque pienso que es bueno mantener una coordinación con ellos porque así podríamos mejorar y ampliar la cobertura de los pacientes. Tenemos celo los profesionales... los pacientes no son de nadie (enfatisa), no es de ellos ni de nosotros, el paciente debe elegir, pero ¿cómo lo elige? Pues que este bien informado...

**Doctora no nativa:** Muy bueno, muy bueno (con énfasis). Pero, ¿Cuándo referir?, esa pregunta... ¿cómo se mediaba eso entre el médico tradicional y el... (risas)?, ¿Cuándo referir? Cuando dices este paciente no lo voy a manejar yo...

**Encargada mediación con los médicos tradicionales C9:** Sinceramente, había médicos tradicionales que se acercaban a mí, me decían enfermera a los 3 días yo no veo mejora, yo mismo le digo al paciente que vaya donde el doctor, que salga a otra medicina... Pero ellos decían no puedo, no tengo plata... Vamos a decir la realidad quizás al médico tradicional le paga en especie, una gallina, un puerquito, pero como salir si no tenías dinero... aquí el componente es di-ne-ro!

**Doctora no nativa:** Siempre es la plata... Gracias